

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

A Comunicação como subsídio para a Segurança e
Qualidade da Intervenção Terapêutica de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica na
Transição Perioperatória

Marina Sofia Mendes Silva Tagaio

Lisboa

2018





Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

A Comunicação como subsídio para a Segurança e Qualidade da Intervenção Terapêutica de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Transição Perioperatória

Marina Sofia Mendes Silva Tagaio

Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Ao Tiago, pelo amor, carinho, compreensão e companheirismo durante todo o percurso,

Aos meus pais, Bruno e Fernanda, pelo carinho, suporte e incentivo,

Ao meu irmão Flávio, por seres simplesmente quem és,

Aos meus familiares, pela ajuda, carinho e apoio,

Aos meus amigos, pela sua colaboração, amizade e incentivo constante,

Aos meus colegas de trabalho pela compreensão e disponibilidade,

Aos meus colegas do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, que se cruzaram no meu caminho, por toda a partilha,

À professora orientadora, Sr. Professora Doutora Anabela Mendes, pela motivação, confiança, sinceridade, disponibilidade e mestria,

Aos Srs. Enfermeiros Orientadores, pelo seu contributo neste processo formativo.

A todos,

Muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa

APA – *American Psychological Association*

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

CPOT – *Critical-Care Pain Observation Tool*

DGS – Direção-Geral da Saúde

Enf. – Enfermeiro

Enf.^a – Enfermeira

GCS – *Glasgow Coma Scale*

SBAR – *Situation, Background, Assessment, Recommendation*

IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

ISBAR – *Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Sr. – Senhor

Sr.^a – Senhora

SU – Serviço de Urgência

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TET – Tubo Endotraqueal

TOT – Tubo Oro-Traqueal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

RESUMO

O período perioperatório representa uma fase de transição para o cliente em estado crítico e para a sua família. O enfermeiro assume um papel fundamental, como elemento facilitador no processo de transição do cliente alvo de cuidados, mantendo a consciencialização de que este é único.

A comunicação emerge como conceito central, considerando que pode ser um subsídio para a intervenção terapêutica de enfermagem com a pessoa em situação crítica e família, oferecendo relevância à ansiedade experienciada e às necessidades que daí decorrem. Salienta-se igualmente, a comunicação no contexto da equipa multidisciplinar, de forma a promover cuidados seguros e de qualidade. Fundamentada assim a temática elegida para estudo “A Comunicação como subsídio para a Segurança e Qualidade da Intervenção Terapêutica de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Transição Perioperatória”, permitiu-se então, que o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências inserido na Unidade Curricular Ensino Clínico do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, fosse sujeito a uma análise crítica, sustentada na evidência científica e no referencial teórico da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Os contextos selecionados para a concretização dos objetivos gerais e específicos propostos foram um serviço de urgência e uma unidade de cuidados intensivos. Deste modo, são explanadas as atividades que permitiram que este caminho se concretizasse.

Assim, este processo de aprendizagem tomou a direção da perícia relativamente ao assunto que se propôs investigar, considerando a segurança e qualidade da intervenção especializada de enfermagem e a excelência clínica.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica, comunicação, segurança, qualidade, enfermagem, período perioperatório.

ABSTRACT

The perioperative period represents a phase of transition for the client in a critical illness and for his family. The nurse assumes a fundamental role, as a facilitator element, in the process of transition of the care target client, taking in consideration that he is unique.

The communication emerges as central concept taking in consideration that it can be an aid for the therapy intervention of nursing with the person in a critical illness and the family. It offers relevance to the anxiety experienced and the necessities that emerge from it. It is also emphasized the communication in a context of a multidisciplinary team in order to promote secure and quality caring. Based on the thematic elected for study "The Communication as a Support for the Security and Quality of the Therapeutic Intervention of Nursing to the Person in a Critical Illness on the Perioperative Transition", it was possible throughout the course the acquisition and development of competences insert in the Curricular Unit of Clinical Teaching of the 7th Course of Master's Degree in Nursing in the Specialization Area of Person in Critical Illness. The elected thematic was also subject to a critical analysis, based on the scientific evidence and on the theoretical referential of the Theory of Transitions of Afaf Meleis. The contexts selected for the concretization of the general and specific objectives that were proposed took place in an emergency service and an intensive care unit. For this reason, the activities that allowed the achievement of this work are explained.

In conclusion, this learning process followed an expertise direction relatively to the subject that was being study taking in consideration the security and quality of the specialised intervention in nursing and also the clinical excellence.

Keywords: critical ill patient, communication, safety, quality, nursing, perioperative period.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	22
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1. A Comunicação como Subsídio para a Intervenção Especializada de Enfermagem com a Pessoa em Situação Crítica na Transição Perioperatória	25
1.2. A Intervenção Terapêutica de Enfermagem na Transição Perioperatória: Teoria das Transições de Afaf Meleis	29
1.3. A realização de uma Revisão Integrativa da Literatura – evidência científica	31
1.4. Considerações Finais	33
2. ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO	35
2.1. Desenvolvimento de competências em contexto clínico	36
2.2. Considerações Finais	63
3. CONCLUSÃO	64
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS	66

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Atividades

Apêndice II – Póster Informativo para as visitas no Serviço de Observação da Urgência

Apêndice III – Relatório do 4º Encontro de Enfermagem de Emergência e 10ª Jornadas de Enfermagem de Cuidados Intensivos

Apêndice IV – Relatório do V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Apêndice IVa – Póster “Da Aprendizagem à Competência Clínica do Enfermeiro Especialista: A Utilização do Pensamento Crítico e Reflexivo no Quotidiano”

Apêndice IVb – Póster “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: Subsídio para a Qualidade dos Cuidados”

Apêndice IVc – Póster “Registos de Enfermagem: Um Caminho para a Certificação da Qualidade da Intervenção Especializada”

Apêndice V – Sessão de Formação na UCIC “Transição Segura de Cuidados”

Apêndice Va – Divulgação da Sessão de Formação

Apêndice Vb – Plano da Sessão de Formação

Apêndice Vc – Diapositivos da Sessão de Formação

Apêndice Vd – Impresso: Mapa de Presenças

Apêndice Ve – Impresso: Avaliação da Formação

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Estratégias para comunicar com eficácia.	27
Diagrama 2 – Representação dos resultados obtidos através da realização da RIL: “A Comunicação para a Segurança da Pessoa em Situação Crítica: uma Revisão Integrativa da Literatura”.	33
Diagrama 3 – Diagrama conceitual norteador do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.	34
Diagrama 4 – Enfermeiro Perito, de acordo com o Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem.....	35
Diagrama 5 – Critérios de encaminhamento para a Sala de Emergência.....	39
Diagrama 6 – Representação esquemática de algumas medidas instituídas para prevenção de complicações na PSC.....	43
Diagrama 7 – Princípios orientadores e objetivos definidos para a prevenção e controlo da dor.	44
Diagrama 8 – Descrição das estratégias comunicacionais para os clientes incapacitados de comunicar verbalmente.	48
Diagrama 9 – Padrões de Qualidade das Precauções Básicas de Controlo de Infecção.....	54
Diagrama 10 – Ferramenta comunicacional para transição segura de cuidados (DGS, 2017).....	56
Diagrama 11 – Transferência de Cuidados Eficaz em Enfermagem.	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Resultados obtidos na Revisão Integrativa da Literatura: Transferência de responsabilidade do cliente entre os enfermeiros	31
--	----

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Ensino Clínico, integrada no plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), foi determinada a execução de um relatório para demonstrar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências. A realização do mesmo precedeu a execução de um projeto de estágio, considerando o planeamento do percurso a desenvolver no terceiro semestre, com definição da temática para estudo “A Comunicação como subsídio para a Segurança e Qualidade da Intervenção Terapêutica de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Transição Perioperatória”, em que se estabeleceram os objetivos gerais e específicos e as atividades para os contextos de estágio de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos.

A seleção do tema teve base motivacional de cariz pessoal e de necessidades profissionais e académicas identificadas. O meu contexto profissional é no bloco operatório e considero que a comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar e com o cliente é essencial para o sucesso terapêutico. Assim, o percurso efetuado teve como premissa a aquisição, aprofundamento e consolidação de conhecimentos fundamentados, baseados na melhor evidência científica, para a promoção de segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família, com primazia ao período de transição perioperatória. A temática selecionada enquadra-se no segundo objetivo do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 da Direção-Geral da Saúde [DGS] (Despacho n.º 1400-A/2015) – Aumentar a segurança da comunicação; e na terceira prioridade definida na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 – Reforço da segurança dos doentes. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 tem como objetivo “melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua do SNS” (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882-(2)). Portanto, o enfermeiro tem a responsabilidade de garantir a segurança e qualidade dos cuidados, assegurando uma comunicação eficaz no processo, com os clientes que vivenciam uma transição saúde-doença crítica, bem como com a equipa multidisciplinar.

A pertinência deste trabalho sustenta-se também pela evidência que 70 % dos eventos adversos na saúde sucedem devido a falhas de comunicação entre profissionais de saúde durante os períodos de transição de cuidados. Deste modo, verifica-se que é indispensável uma comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde para a melhoria da segurança do cliente (DGS, 2017). Benner (2001) refere que a profissão de enfermagem é caracterizada pela individualização dos cuidados e a eliminação dos erros, com intuito de garantir cuidados de qualidade. Menciona ainda, que aos clientes em estado crítico é necessário “assegurar cuidados de enfermagem de alto nível” e que “a proximidade global da enfermeira, permite ter em conta os efeitos do stress e as estratégias de adaptação como variáveis determinantes no processo de recuperação e cura” (Benner, 2001, p. 200).

O Artigo 6.º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010) contempla as competências do enfermeiro no domínio da melhoria contínua da qualidade. O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011, p. 4) refere que é da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica na categoria da satisfação do cliente, a “gestão da comunicação e da informação” e a “implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica”. O tema selecionado para estudo enquadra-se, portanto, no domínio das competências preconizadas para o Enfermeiro Especialista.

Assim sendo, foram definidos os objetivos gerais:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica, nomeadamente na transição perioperatória.
- Desenvolver competências especializadas de enfermagem, com ênfase na comunicação, enquanto subsídio para a segurança e qualidade dos cuidados.

E os objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, nomeadamente do foro cirúrgico.

- Expandir o saber no domínio da prevenção de complicações da pessoa em situação crítica, principalmente do foro cirúrgico.
- Aprofundar conhecimentos para a gestão diferenciada da dor da pessoa em situação crítica, com ênfase no período perioperatório.
- Aperfeiçoar a capacidade de comunicação interpessoal com a pessoa em situação crítica e família para a promoção da relação terapêutica e gestão de ansiedade na transição experienciada.
- Garantir a prevenção e controlo de infeção da pessoa em situação crítica, nomeadamente no âmbito cirúrgico.
- Aprimorar as competências comunicacionais para garantir a eficácia na transferência de informação entre enfermeiros, visando a segurança e continuidade dos cuidados.
- Desenvolver competências na área de gestão dos cuidados em contexto de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos.
- Otimizar a capacidade de julgamento, raciocínio clínico e tomada de decisão sustentada na evidência científica, para promoção da segurança e qualidade nos cuidados.

O relatório apresenta-se estruturado em dois capítulos: no primeiro capítulo, que se subdivide em subcapítulos, com o enquadramento teórico, envolvendo a descrição dos principais conceitos inerentes à temática em estudo e ao referencial teórico selecionado – Teoria das Transições de Afaf Meleis, a evidência científica obtida e alicerçada com a revisão integrativa da literatura que se realizou. O segundo capítulo, demonstra a análise do percurso de desenvolvimento de competências efetuado nos contextos de estágio, em serviço de urgência (SU) e em unidade de cuidados intensivos cirúrgicos (UCIC).

Este documento cumpre as regras adotadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) para a elaboração e apresentação de trabalhos escritos e as referências bibliográficas foram executadas de acordo com a norma da *American Psychological Association (APA) 6th Edition*.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010, p.1). Poderá necessitar de intervenção cirúrgica urgente/emergente e como tal, revelar-se cliente de enfermagem. A este tipo de cliente foi o que se deu primazia para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem inerentes ao CMEPSC. O exercício da enfermagem no período perioperatório compreende as atividades desenvolvidas para dar resposta às necessidades do cliente nas fases pré, intra e pós-operatória (Ferrito, 2014). Para o desenvolvimento das competências os períodos pré e pós-operatório foram os selecionados, ou seja, inseridos nos contextos de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos.

1.1. A Comunicação como Subsídio para a Intervenção Especializada de Enfermagem com a Pessoa em Situação Crítica na Transição Perioperatória

A comunicação emerge como conceito central, considerando que pode ser um subsídio para a intervenção terapêutica de enfermagem com a pessoa em situação crítica e família na transição perioperatória, oferecendo relevância à ansiedade experienciada e às necessidades que daí decorrem. Salienta-se igualmente a comunicação no contexto da equipa multidisciplinar, de forma a garantir a segurança do cliente e a promoção de cuidados de enfermagem de qualidade.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011), a comunicação é um comportamento interativo que permite a transmissão e receção de informações, com recurso a comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos. Segundo Riley (2004), a comunicação é um processo que poderá ser facilitador para o desenvolvimento de uma relação terapêutica e a capacidade de comunicar sistematicamente de modo assertivo e responsável com os clientes e equipa multidisciplinar, poderão transmitir ao cliente o sentimento de estar a ser cuidado. Assim, através da comunicação é possível diminuir a ansiedade do cliente no

processo perioperatório (Davis-Evans, 2013) pois, como refere Pritchard (2011), a admissão no hospital para uma cirurgia iminente incita geralmente ansiedade. Portanto, é importante trabalhar em parceria com os clientes, abordando questões como a informação, a comunicação e a gestão de ansiedade, para melhorar a sua experiência cirúrgica e se alcançarem os melhores resultados. A ansiedade é uma emoção negativa, com “sentimentos de ameaça, perigo ou angústia”, de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2011, p.39). Manifesta-se fisiologicamente através do aumento da frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura corporal, bem como da transpiração, diminuindo a imunidade e por sua vez, a cicatrização das feridas (Selimen e Andsoy, 2011), como tal deve ser apreciada no cliente do foro cirúrgico, pois poderá comprometer a sua recuperação. O seu registo efetivo no processo clínico e transmissão à equipa multidisciplinar são fundamentais para garantir uma atuação efetiva neste âmbito e continuidade de cuidados.

A identificação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica com a pessoa em situação crítica viabiliza a gestão da ansiedade na transição perioperatória. Como tal, a intervenção do enfermeiro neste domínio tem repercussão direta no bem-estar, na qualidade de vida e na recuperação do cliente (Gonçalves, 2016), bem como na diminuição dos custos de saúde (Pritchard, 2011).

Os enfermeiros, com recurso à comunicação, uma vez mais, podem analisar mais facilmente os conhecimentos, os sentimentos, os pensamentos e os possíveis problemas dos clientes e familiares, obter as informações necessárias para a sua compreensão e avaliar a qualidade dos cuidados de saúde. Assim, o envolvimento do cliente e da sua família é primordial na prestação de cuidados (Selimen & Andsoy, 2011).

O Código Deontológico de Enfermagem refere como dever do enfermeiro “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem (...) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” (OE, 2005, p.109). Deste modo, o desenvolvimento de competências comunicacionais revela-se fulcral para a consciencialização profissional e o envolvimento dos clientes no plano terapêutico. Estas competências referem-se ao conhecimento e correta utilização da comunicação verbal e não verbal, das normas que orientam uma entrevista, da observação correta do cliente, do conhecimento da utilização apropriada do espaço e dos contextos de

saúde para a promoção de mudanças, da capacidade para ajudar os outros a gerir as situações adversas, saber como transmitir uma informação, ter conhecimento de como gerir os conflitos numa equipa e saber como gerir as emoções de modo apropriado na presença dos clientes (Sequeira, Falcó-Pegueroles, & Llunch, 2016). A incorporação deste saber no exercício profissional facilita a identificação das necessidades dos clientes e uma adequada intervenção, individualizada e direcionada às necessidades dos mesmos, “de forma a ser efetivo na tomada de decisão a nível do indivíduo, grupos e famílias, na promoção da saúde, prevenção da doença, adesão ao tratamento” (Sequeira, Falcó-Pegueroles, & Llunch, 2016, p.52). Reconhece-se também, a necessidade de aprofundamento das competências comunicacionais com o cliente que está impossibilitado de comunicar verbalmente, de forma a agilizar uma interação e compreensão das informações transmitidas por parte do cliente, sendo necessária uma avaliação do seu nível de consciência e inaptidão, para serem potenciadas ao máximo as suas capacidades (Sequeira & Pinho, 2016).

Diariamente, a comunicação é utilizada entre os profissionais de saúde durante a prestação de cuidados, mas, para que seja eficaz na transição dos mesmos são requeridos conhecimentos e competências, que deverão ser compreendidos e executados. A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é caracterizada por ser apropriada, explícita, completa, no momento certo e percebida pelo recetor (DGS, 2017). Algumas das estratégias que permitem uma comunicação com eficácia, isto é, que o conteúdo de uma mensagem transmitida seja assimilado pelo recetor são as apresentadas no Diagrama 1.

Diagrama 1 - Estratégias para comunicar com eficácia.

ESTRATÉGIAS PARA COMUNICAR COM EFICÁCIA (Sequeira, 2016):		
Efetuar o planeamento da mensagem que se pretende transmitir	Realizar a preparação do discurso	“Ser específico, concreto, evitando a informação irrelevante” (p. 80)
Estabelecer objetivos	Prestar atenção ao feedback	Prestar atenção à linguagem não verbal

A transição de cuidados de saúde é o momento em que se efetua a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, cuja missão é a continuidade e segurança dos mesmos (DGS, 2017).

Constata-se que a comunicação é um “ pilar fundamental para a segurança do doente” (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882-(3)). Entende-se por segurança, estar livre de perigo, risco ou lesão (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.74), constituindo um elemento essencial da qualidade em saúde (DGS, 2015). A segurança dos clientes é prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde (OE, 2005) e de acordo com a *World Health Organization* [WHO] (2017), é considerada um princípio elementar dos cuidados.

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 da DGS é definido no segundo objetivo estratégico a necessidade de “aumentar a segurança da comunicação” (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882-(3)). Os enfermeiros têm a responsabilidade legal de “assegurar a continuidade dos cuidados” (OE, 2005, p.105) e registar todas as observações e intervenções realizadas (OE, 2005). Melhorar a transição dos cuidados de saúde contribuirá por sua vez, para o aumento da qualidade dos cuidados (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

A qualidade em saúde requer um “nível profissional ótimo” (Despacho n.º 5613/2015, p.13551), considera os recursos disponíveis, consegue a adesão e satisfação do cliente, adequa os cuidados de saúde de acordo com as necessidades e expectativas identificadas e “exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estas são pilares da qualidade em saúde” (Despacho n.º 5613/2015, p.13551).

Segundo Hesbeen (2001, p.52), “uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde”. O conceito de qualidade “procede de um encontro e de um acompanhamento com os quais os que cuidam preenchem as suas funções de peritos e conselheiros, utilizando os recursos que possuem” (Hesbeen, 2001, p.52).

1.2. A Intervenção Terapêutica de Enfermagem na Transição Perioperatória: Teoria das Transições de Afaf Meleis

A transição perioperatória representa um período de transição para o cliente e para a sua família. As transições são o significado de alterações na vida, na saúde, nas relações e nos ambientes. Os enfermeiros frequentemente são os primeiros cuidadores do cliente e da sua família, quando estes são confrontados com um período de mudança e exigências que as transições representam para as suas vidas. São também os enfermeiros que geralmente preparam as pessoas para as iminentes transições e que simplificam o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias, e Schumacher, 2000). Advém desta consideração que a Teoria das Transições de Afaf Meleis poderá possibilitar significativamente a análise e entendimento da temática elegida para estudo, a aquisição e apropriação de conhecimento e o desenvolvimento de competências ao longo deste processo formativo.

No triângulo terapêutico que inclui o cliente, a sua família e os profissionais de saúde, enquanto o cliente vivencia uma transição de saúde-doença, a família vivencia uma transição situacional (Meleis et al., 2000). A transição saúde-doença poderá representar mudanças súbitas de papel que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica. A transição situacional está relacionada com a alteração de papéis nos vários contextos onde o cliente está envolvido (Santos et al., 2015; Meleis et al., 2000). Portanto, segundo Elsen (2004), a família deverá ser reconhecida como unidade de cuidado para a enfermagem, uma vez que pode ser considerada um sistema de saúde para os seus membros, provida de um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as suas ações na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença (Schwartz et al., 2010). Deste modo, é primordial a intervenção dos profissionais de saúde nos diferentes contextos, pois o planeamento de cuidados à família que tem como base a preocupação com o cliente, com a sua unicidade, a sua história, a sua cultura, vida quotidiana e sua interface com o contexto familiar, “poderá articular e auxiliar na potencialização das ações desse grupo e conhecer a sua tipologia” (Schwartz et al., 2010, p. 118). Considerando que família é uma “unidade social ou

todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.115), a mesma deverá ter um envolvimento major no processo de saúde e doença dos seus familiares, pois é o alicerce para a pessoa que se encontra sob o cuidado dos profissionais de saúde (Rodrigues, 2013).

Para se planearem as intervenções terapêuticas de enfermagem, deverão ser consideradas, para além da natureza da transição que o cliente e a sua família estão a vivenciar, as condições facilitadoras ou inibidoras (Meleis et al., 2000). Então, é necessário o estabelecimento de uma parceria com o cliente e com a sua família para melhor compreensão da sua situação e promoção de uma intervenção individualizada e direcionada às suas necessidades. A família poderá ser um subsídio para o planeamento dos cuidados quando o seu familiar não se encontra habilitado e dotado da sua capacidade de autonomia.

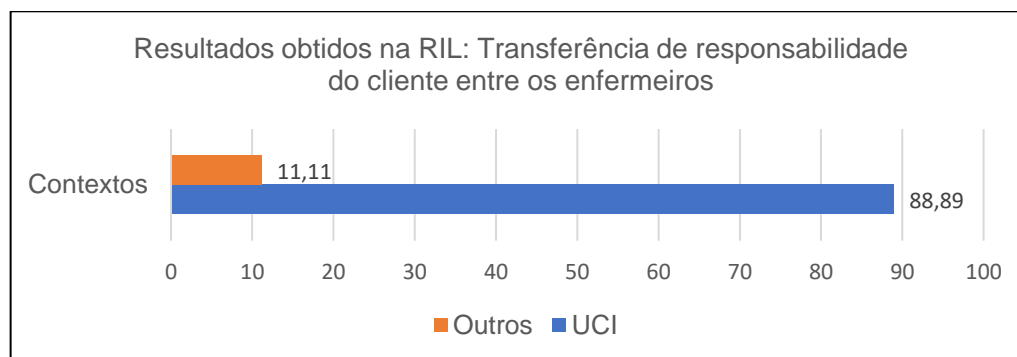
As condições facilitadoras e inibidoras identificam quais os fatores que irão influenciar, positiva ou negativamente, o decurso de uma determinada experiência e são essencialmente três tipos: pessoais, comunitárias e sociais (Meleis, et al., 2000). Apesar da resposta ao processo de transição ser individual, a evidência demonstra a existência de padrões de resposta idênticos ao longo das transições (Brito, 2012). Os padrões de resposta poderão ser monitorizados através dos indicadores de processo e dos indicadores de resultado. Quanto aos indicadores de processo, permitem caracterizar as respostas à transição e o modo como esta se está a desenvolver (Meleis et al., 2000). Os indicadores de resultado designam o domínio das novas habilidades necessárias para gerir uma transição, o desenvolvimento de uma identidade fluída e integradora e permitem facilitar a identificação do final da transição. Os resultados da monitorização dão indicações sobre a evolução da transição e fornecem resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem (Meleis et al., 2000).

Assim, o enfermeiro deverá assumir um papel preponderante como elemento facilitador no processo de transição do cliente alvo de cuidados. Contudo, deverá manter a consciencialização de que o processo de transição é único para cada cliente e só é possível a sua compreensão se integrado o paradigma desse cliente na intervenção de enfermagem, de escuta e aceitação da e na experiência do outro (Santos et al, 2015).

1.3. A realização de uma Revisão Integrativa da Literatura – evidência científica

Para enriquecer o cumprimento deste percurso e auferir a melhor evidência científica, efetuou-se uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), definindo-se o tema para estudo “A Comunicação para a Segurança da Pessoa em Situação Crítica: uma Revisão Integrativa da Literatura”. A realização desta revisão teve como finalidade: conhecer como é que a comunicação poderá ser o pilar da segurança da pessoa em situação crítica no SU e na UCI. A evidência obtida incidiu essencialmente em situações de transferência de responsabilidade do cliente entre os enfermeiros, principalmente em contexto de UCI [88,89%] (Gráfico 1). Este serviço é caracterizado por acolher clientes em situação crítica que requerem cuidados complexos, e como tal, com elevado índice para a ocorrência de eventos críticos (Reader, Flin, & Cuthbertson, 2007), em que a comunicação ineficaz se apresenta no patamar dos incidentes identificados (Iedema & Merrick, 2016).

Gráfico 1 - Resultados obtidos na Revisão Integrativa da Literatura: Transferência de responsabilidade do cliente entre os enfermeiros.



Cerca de 55,56% dos resultados referem a importância de uma ferramenta padronizada para garantir a continuidade de cuidados. As soluções descritas para uma transferência de cuidados eficaz foram a realização de simulações, treino e auditorias (Reader et al., 2007), a utilização de uma lista de verificação para padronizar a comunicação, como o "SBAR" ("Situação, *Background*, Avaliação, Recomendações") e a adoção de rotinas processuais (Iedema & Merrick, 2016).

A análise dos resultados obtidos, possibilitou corroborar informações apresentadas anteriormente no que respeita a que a comunicação efetiva se relaciona diretamente com a segurança do cliente e família, bem como com a qualidade dos cuidados; uma vez

que permite a redução dos eventos adversos. Assim, recomendam que a comunicação deverá ser uniformizada, estruturada, completa e adaptada a cada contexto, com vantagens na utilização de listas de verificação e protocolos padronizados para garantir uma comunicação eficaz na transição de cuidados (Sri, 2012; Rhodes et al., 2012; Iedema & Merrick, 2016; Graan, Botti, Wood, & Redley, 2016). Estas ferramentas revelam ser um recurso facilitador para a enfermagem, uma vez que favorecem a tomada de decisão, o julgamento e o raciocínio clínico sobre as condições clínicas do cliente e a diminuição da frequência de erros que podem proceder em consequências fatais (Abraham et al., 2016).

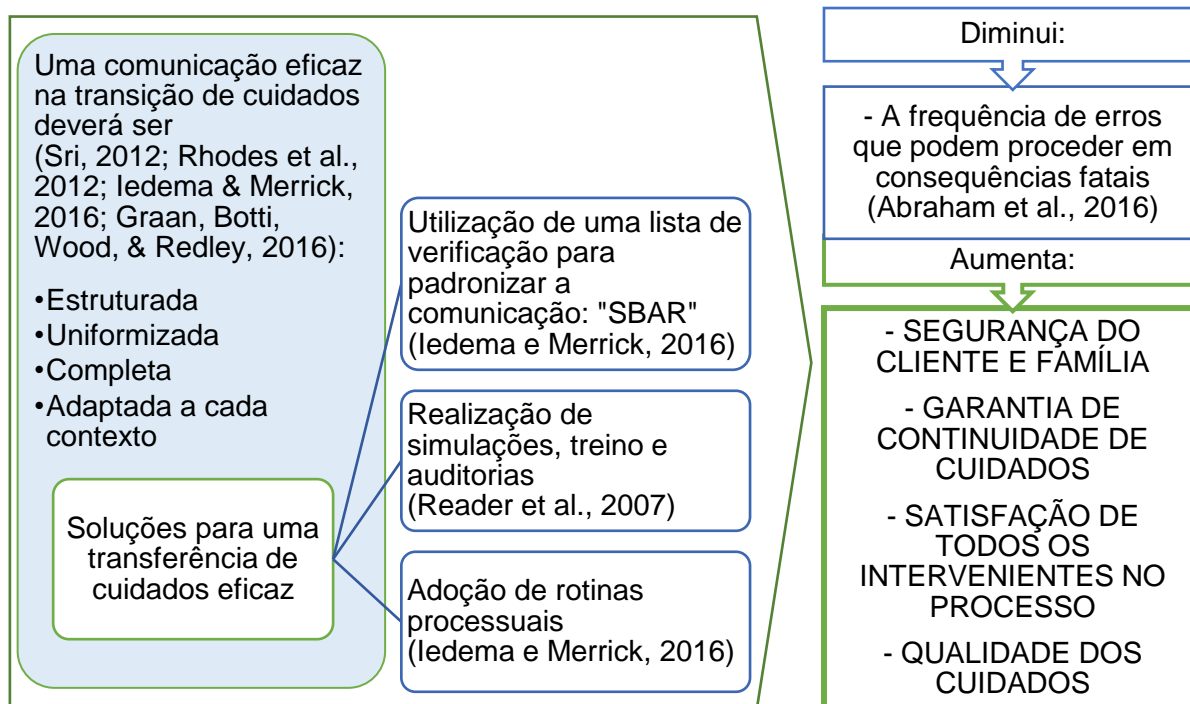
A avaliação do cliente pelo enfermeiro especialista aquando da transferência da UCI para a enfermaria, com recurso a uma lista de verificação, foi considerada uma mais valia para todos os intervenientes no processo, ou seja, equipa multidisciplinar, cliente e família, com resultados positivos a nível de segurança (St-Louis & Brault, 2011).

Praticamente todos os documentos obtidos na RIL referem que uma comunicação efetiva permite a redução de eventos adversos, incrementa a segurança do cliente e família, bem como a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Representa-se então, sumariamente um esquema com os resultados que sobressaíram com a realização da RIL (Diagrama 2).

A realização da RIL possibilitou conhecer como a comunicação é importante para uma prestação de cuidados de qualidade e como influência a satisfação de todos os intervenientes no processo, os profissionais de saúde, o cliente e a família. Comprovou e alicerçou a relevância e pertinência para o estudo da temática elegida.

Diagrama 2 – Representação dos resultados obtidos através da realização da RIL: “A Comunicação para a Segurança da Pessoa em Situação Crítica: uma Revisão Integrativa da Literatura”.



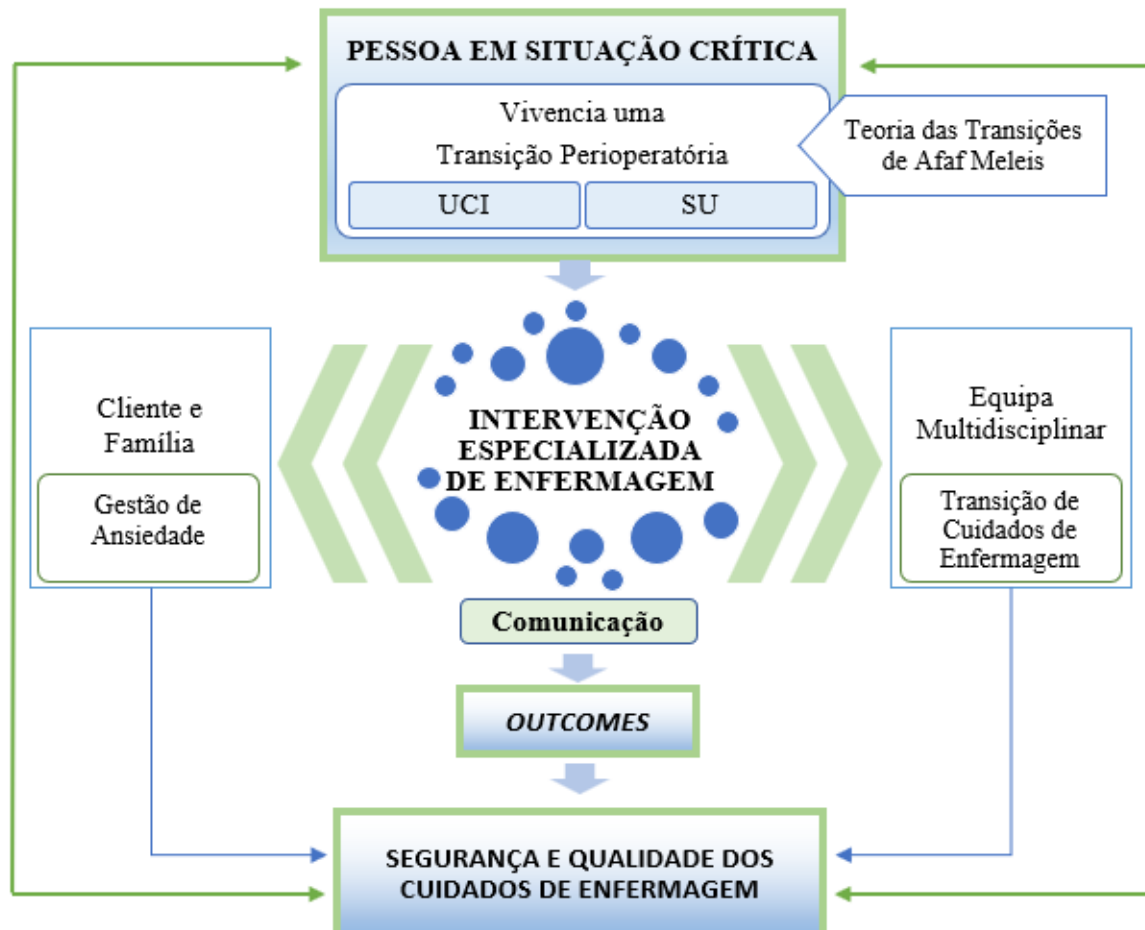
1.4. Considerações Finais

A realização deste percurso teve como ponto de partida a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à pessoa adulta que vivencia uma transição de saúde-doença crítica, nomeadamente perioperatória, em contexto de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos. O referencial teórico elegido para subsidiar a análise do tema selecionado foi a Teoria das Transições, Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis.

Pretendeu-se que a intervenção especializada de enfermagem, com ênfase na comunicação, permitisse estabelecer uma parceria com o cliente e família para a gestão da ansiedade, e que por outro lado, assegurasse uma transferência de cuidados de enfermagem na equipa multidisciplinar, de forma eficaz, tendo em vista a continuidade dos cuidados. O propósito destas intervenções é melhorar os *Outcomes*, com desígnio principal a segurança e a qualidade dos cuidados.

Concludentemente, realizou-se um diagrama conceitual, que esquematiza o que foi supramencionado e que reflete no fundo o que foi um elemento norteador para a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre e Especialista (Diagrama 3).

Diagrama 3 - Diagrama conceitual norteador do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.



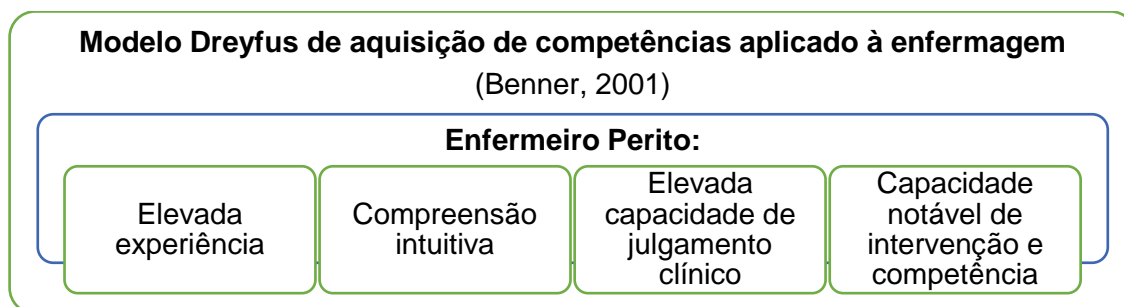
2. ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO

A realização do projeto permitiu estruturar o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, centrando-se na temática que se propôs para estudo “A Comunicação como subsídio para a Segurança e Qualidade da Intervenção Terapêutica de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Transição Perioperatória”.

Para a aquisição do grau académico de Mestre em Enfermagem e do título profissional de Enfermeiro Especialista pretendeu-se dar resposta às competências definidas no plano de Estudos do curso de Mestrado em Enfermagem (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), às competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2.º ciclo de formação, bem como às competências comuns (Regulamento n.º 122/2011, Diário da República, 2.ª série, 18 de Fevereiro) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 124/2011, Diário da República, 2.ª série, 18 de Fevereiro).

De acordo com Benner (2001), no Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, no Estado 5 – Perito, a enfermeira possui uma elevada experiência, compreensão de forma intuitiva de cada situação e é detentora de uma capacidade notável de intervenção, competência, julgamento clínico, com sugestões clínicas e gestão de situações complexas (Diagrama 4). Pretendeu-se, portanto, desenvolver as competências tendo em consideração este nível de perícia.

Diagrama 4 – Enfermeiro Perito, de acordo com o Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem.



Para o desenvolvimento deste percurso considerou-se igualmente, o conceito de Enfermagem Avançada, que segundo Silva (2007, p.18)

significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm o “Core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão. (...) “avançar” a enfermagem como prática profissional, com conhecimento substantivo da enfermagem.

Assim, foi cumprido o percurso formativo em contexto clínico no Serviço de Urgência (SU) durante 9 semanas, de 2 de outubro de 2017 a 29 de novembro de 2017; e no Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC) de um Centro Hospitalar no período de 8 semanas, de 4 de dezembro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018. Este percurso será objeto de análise no subcapítulo seguinte.

2.1. Desenvolvimento de competências em contexto clínico

O Serviço de Urgência Geral, onde se realizou o estágio, é um SU médico-cirúrgico, que está organizado de acordo com os níveis de triagem, de maior para a menor gravidade. Exibe uma elevada capacidade tecnológica para a realização do diagnóstico e tratamento, e apresenta-se na linha da frente da definição do percurso intra-hospitalar do cliente em estado crítico. Revelou projetos em desenvolvimento como o *ICare*®, que permite a extração de indicadores através dos registos de enfermagem para facilitar a monitorização e análise, como são exemplo, as úlceras de pressão, as quedas e as infeções. Outro projeto identificado foi o *Im 7*®, que permitiu qualificar a instituição em hospital sem papel.

A Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos, onde se cumpriu o estágio, caracteriza-se por ser um serviço dedicado ao cliente do foro cirúrgico; no entanto, acolhe também, caso seja necessário, clientes do foro médico. Tem nove unidades de internamento totalmente equipadas, sendo que duas delas possibilitam isolamento por pressão positiva. É um serviço que apresenta uma estrutura física remodelada, para proporcionar cuidados seguros ao cliente crítico e família, com equipamentos recentes e que incorpora todo o material necessário para a prestação de cuidados

individualizados na unidade, inclusive um computador portátil para fácil e rápido acesso ao processo clínico do cliente e minimização da ocorrência de erros.

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências será apresentado neste capítulo e teve como ponto de partida os seguintes objetivos gerais:

Desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica, nomeadamente na transição perioperatória.

Desenvolver competências especializadas de enfermagem, com ênfase na comunicação, enquanto subsídio para a segurança e qualidade dos cuidados.

Os objetivos específicos que advêm dos objetivos gerais supracitados serão analisados de forma individual. Assim, o primeiro objetivo específico determinado foi

Objetivo específico 1. Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, nomeadamente do foro cirúrgico.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica está incluída no meu exercício profissional, desempenhado em contexto de bloco operatório, ou seja, no período intra-operatório. No percurso perspetivado para aquisição e desenvolvimento de competências especializadas e de forma a aprofundar e aperfeiçoar o meu desempenho profissional, os contextos selecionados foram o SU e a UCI, como referido anteriormente. Pretendeu-se, portanto, conceder primazia às fases pré e pós-operatória dos clientes em estado crítico.

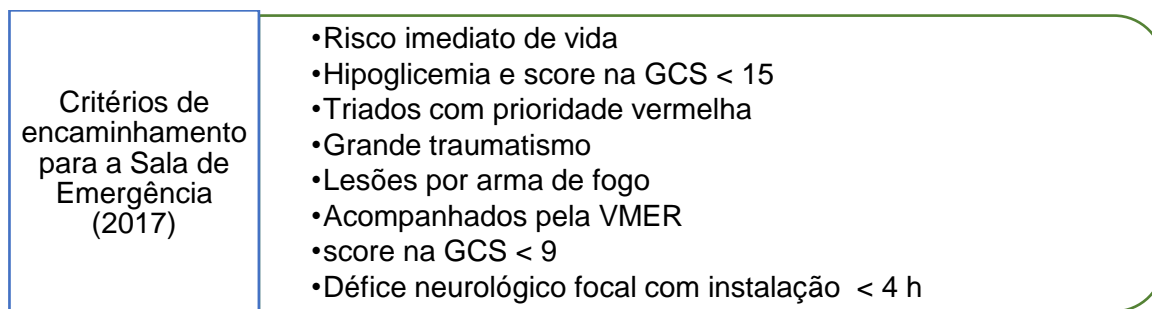
No contexto de UCI houve possibilidade de prestação de cuidados a clientes do foro cirúrgico, como é o caso de um pós-operatório de um cliente que foi submetido a craniectomia e colocada drenagem ventricular externa por hematoma no hemisfério cerebeloso esquerdo; pós-operatório de cirurgia ortopédica para estabilização da bacia e fémur direito com fixadores externos de um cliente que apresentou queda do quarto andar de um edifício, e que para além dessas fraturas ainda apresentava fratura do metacarpo esquerdo, planalto tibial esquerdo, arcos costais e fratura cominutiva de L1 e fina lâmina de pneumotórax bilateral; e de uma cliente com 30 %

da área de superfície corporal total queimada. Realço esta última situação que despoletou a realização de um jornal de aprendizagem, que se intitulou “Cuidar da Pessoa em Situação Crítica Queimada”. Visto que a pessoa queimada é por definição “uma pessoa politraumatizada, com necessidade de cuidados multidisciplinares, uma vez que as consequências das queimaduras vão muito além da destruição parcial ou total da espessura da pele” (Norma nº 022/2012 de 26/12/2012 atualizada a 13/07/2017 da DGS, p.17). A situação diz respeito a uma pessoa com queimadura de espessura parcial acima de 25% da Área de Superfície Corporal Total (ASCT), ou seja, a vivenciar uma transição de saúde-doença (Meleis, et al., 2000), classificada em grave ou crítica, segundo Antunes e Sousa (2015). Revelou-se um desafio, uma vez que esta situação tinha indicação para transferência para uma unidade de queimados, pelo critério de apresentar queimadura em mais de 10% da superfície corporal (Norma nº 022/2012 de 26/12/2012 atualizada a 13/07/2017 da DGS); despoletou reunião na equipa durante a passagem de turno para planear e proporcionar os melhores cuidados, de acordo com os recursos que eram detentores.

No SU centrou-se a intervenção na sala de emergência e no serviço de observação (SO), com prestação de cuidados a clientes com maior gravidade, triados com cor laranja e vermelha, de acordo com o sistema de triagem de Manchester. O sistema de triagem de Manchester implementado em Portugal no ano 2000, possibilita o encaminhamento para a área de atendimento mais apropriada. O objetivo da mesma não é a definição de um diagnóstico, mas sim do “nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica” (DGS, 2015, p.11). Este sistema classifica o cliente numa das cinco categorias possíveis, identificadas pelo nome, cor e tempo alvo para a observação inicial: emergente, cor vermelha e tempo alvo para observação de 0 minutos; muito urgente, cor laranja e até 10 minutos para observação; urgente, cor amarelo e até 60 minutos; menos urgente, cor verde e até 120 minutos; não urgente, cor azul e até 240 minutos. Pretende-se que haja uma “uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos (...) uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce do doente e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, de maior qualidade e segurança” (DGS, 2015, p.13).

Os critérios definidos para o encaminhamento dos clientes para a sala de reanimação, de acordo com o protocolo instituído no SU estão apresentados no diagrama 5.

Diagrama 5 – Critérios de encaminhamento para a Sala de Emergência.



Na sala de emergência colaborou-se na prestação de cuidados a clientes com necessidade emergente de intervenção, como politraumatizados, vítimas de atropelamento, acidentes de viação, instabilidade hemodinâmica, entre outros; que possibilitaram uma avaliação sistematizada de acordo com a metodologia ABCDE [A – Via aérea com estabilização cervical; B – Respiração; C – Circulação; D - Disfunção neurológica; E – Exposição] (Madeira, et al, 2011).

A frequência das aulas do mestrado e dos cursos de Suporte Avançado de Vida (SAV) e *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN), revelaram-se um subsídio importante para a prestação de cuidados e aplicação de algoritmos ajustados a cada situação. Exemplo disso, foi a realização do algoritmo de SAV numa cliente que apresentou paragem cardiorrespiratória (PCR) durante a realização de uma Tomografia Axial Computorizada (TAC) com necessidade de desfibrilhação por fibrilhação ventricular; bem como nos dois turnos que se efetuou na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Estes turnos permitiram a compreensão do funcionamento, organização e articulação com outros meios. Um dos casos que se contactou refere-se à queda de uma pessoa de uma altura equivalente a 14 andares, em que foi primordial estabelecer e assegurar as medidas de segurança essenciais, bem como a utilização do equipamento de proteção individual adequado. A frequência do 4º Encontro de Enfermagem de Emergência e 10ª Jornadas de Enfermagem de Cuidados Intensivos revelaram-se uma mais valia, uma vez que enfatizaram a área do pré-hospitalar.

Salienta-se outro caso no SU, de um cliente que foi encaminhado para a sala de emergência por alteração do seu estado de consciência e que despoletou a realização de um jornal de aprendizagem. Colaborou-se nos cuidados urgentes e emergentes que necessitava, como a cateterização periférica e vesical, entubação nasogástrica, preparação e administração de medicação, acompanhamento na realização de exames complementares de diagnóstico (telerradiografia e TAC), colaboração na entubação oro-traqueal para ventilação mecânica invasiva e garantia das medidas necessárias para o transporte inter-hospitalar após diagnóstico definitivo (rotura da artéria mesentérica superior) para o bloco operatório de um hospital com a especialidade de cirurgia vascular.

As atividades realizadas possibilitaram o desenvolvimento das competências “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” e a prestação de cuidados à “pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Regulamento nº 124/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8656).

Transita-se deste modo para o seguinte objetivo:

Objetivo específico 2. Expandir o saber no domínio da prevenção de complicações da pessoa em situação crítica, principalmente do foro cirúrgico.

Assim, na situação descrita anteriormente, destaco ainda a preparação que foi efetuada para o transporte inter-hospitalar do cliente. Antes de se iniciar o transporte foi efetuada verificação de todo o equipamento necessário, dado que ao enfermeiro compete reunir todas as condições indispensáveis para reduzir os riscos subjacentes ao transporte (Martins & Martins, 2010); e a verificação do estado clínico do cliente, uma vez que, para minimizar os riscos decorrentes do transporte é importante a estabilização clínica no hospital de origem, “devendo aí efectuar e antecipar as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte [acessos venosos, drenagens torácicas, entubações endotraqueais, etc...]” (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p.16). Na situação descrita, verificou-se que foram efetuadas determinadas técnicas invasivas, nomeadamente a entubação orotraqueal, para possibilitar um transporte com uma via aérea patente num cliente em choque

hemorrágico com elevado risco de deterioração clínica. Durante o transporte foi crucial a “promoção de um ambiente calmo e seguro e a vigilância contínua do doente”, sendo facilitador para a deteção precoce de alterações e trabalho em equipa (Martins & Martins, 2010, p.119).

Ainda para a concretização deste objetivo, durante o período de estágio no Serviço de Observação (SO), destaco a vigilância e monitorização hemodinâmica do cliente submetido a cardioversão elétrica sincronizada por taquicardia supraventricular, que consiste na “aplicação do choque exactamente sobre a onda R do ECG, evitando a sua aplicação ao acaso e o risco de que o mesmo ocorra sobre a onda T em período refractário relativo, o que pode induzir fibrilhação ventricular” (Madeira et al., 2011, p. 165). Uma vez que o cliente estava consciente, foi importante a sedação prévia, que permitiu que não se recordasse do sucedido e não sentisse dor. A administração posterior do antídoto e a vigilância e monitorização contínua que se procedeu, foram fundamentais para a deteção precoce de eventos e prevenção de complicações, como a possibilidade de recorrência de sonolência e/ou depressão respiratória ou de alterações hemodinâmicas.

No contexto de UCI destaca-se igualmente a importância da vigilância e monitorização contínua efetuada para a identificação antecipada e prevenção de complicações. A ventilação mecânica invasiva foi o suporte ventilatório mais frequentemente utilizado e o controlo dos alarmes, a presença de um balão de ressuscitação manual ligado ao oxigénio na unidade do cliente, a manutenção da permeabilidade dos tubos e das conexões foram medidas preventivas instituídas, tal como indicam Urden, Stacy e Lough (2008). Estas autoras referem ainda, que a ventilação mecânica objetiva o suporte da troca gasosa cardiopulmonar, o aumento do volume do pulmão e a diminuição do trabalho respiratório, a reversão da hipoxemia e acidose respiratória aguda, o alívio da angústia respiratória, a prevenção ou reversão de atelectasias e a fadiga dos músculos respiratórios e a diminuição da pressão intracraniana; não está isenta de complicações que poderão ser de ordem fisiológica, como a lesão pulmonar induzida pelo ventilador, distúrbios gastrointestinais, compromisso cardiovascular, pneumonia e assincronia doente-ventilador. Portanto, é da responsabilidade do enfermeiro efetuar uma vigilância e tomar medidas antecipatórias para prevenção de complicações.

A avaliação da pressão do balão dos tubos endotraqueais foi similarmente crucial, pois segundo a Norma 021/2015 atualizada a 30/05/2017 da DGS com o assunto “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação”, a pressão do balão deverá ser mantida entre 20-30 cmH2O. Barroso e Soares (2017) indicam ainda que é um procedimento relevante dado as complicações que podem advir da hipo ou hiper-insuflação do balão, como referem Servin et al. (2011), a ulceração da mucosa, laringite, estenose da laringe, edema glótico e estenose ou dilatação da traqueia; logo, deverá ser avaliado com frequência, inclusive aquando da mudança de posicionamento (Barroso e Soares, 2017).

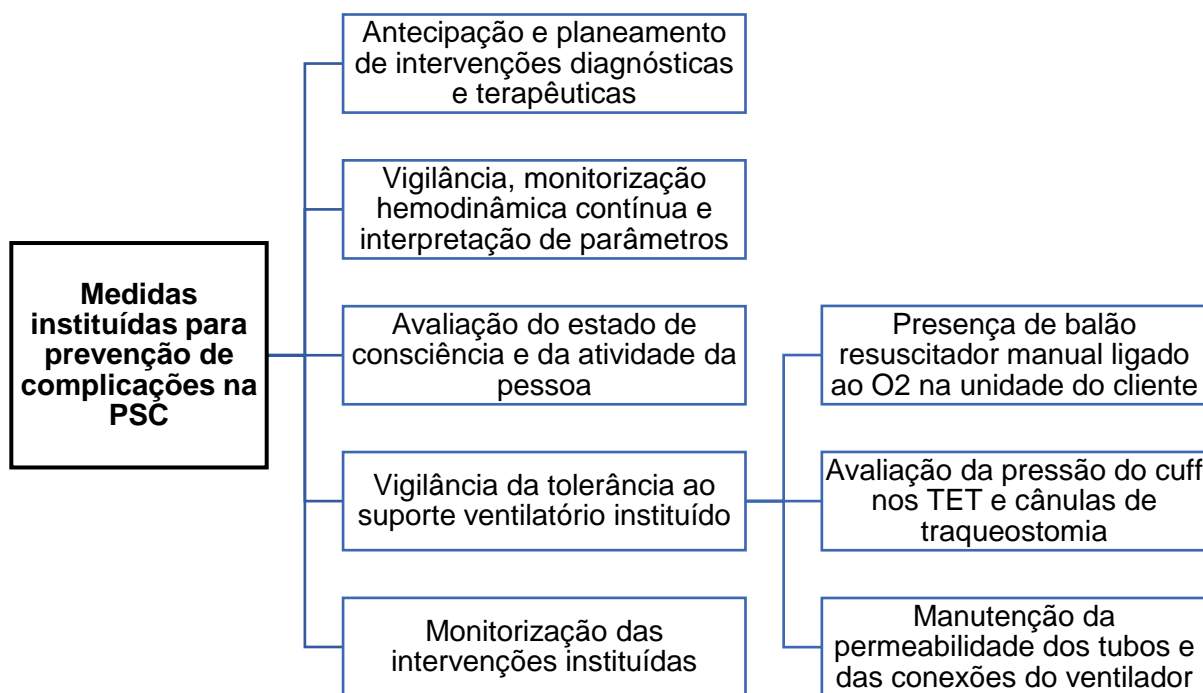
O recurso a monitorização hemodinâmica invasiva foi igualmente frequente e define-se como a “medição e interpretação de parâmetros hemodinâmicos invasivos, para determinar o funcionamento cardiovascular e regular adequadamente a terapêutica” (Urden, Stacy & Lough, 2008, p. 391). Compete aos enfermeiros a preparação do material necessário para a realização das técnicas invasivas, como a colocação de linha arterial, cateter venoso central, realização de laringoscopia, entre outros procedimentos e da sua vigilância e interpretação dos resultados obtidos.

A implementação de um planeamento de cuidados individualizado, em parceria com o cliente, considerando também a família, e objetivando melhorar os cuidados prestados ao cliente, permitiu adequar a intervenção terapêutica de enfermagem considerando as transições vividas. Assim, o conhecimento do passado do cliente foi importante para adequar os cuidados ao presente e perceber quais as limitações prévias existentes e perspetivar os resultados esperados. Atenta-se portanto, que foi fundamental, considerando a condição clínica do cliente, efetuar a avaliação do estado de consciência, com recurso à escala de coma de Glasgow; a avaliação pupilar, com referência ao diâmetro, forma e reatividade à luz; a avaliação da atividade da pessoa; a tolerância ao suporte ventilatório instituído, como a ventilação mecânica invasiva; a monitorização da evolução das feridas presentes e dos dispositivos de drenagem, bem como do conteúdo drenado; a verificação da tolerância à alimentação, aos posicionamentos; a vigilância da pele, dos produtos eliminados como urina e fezes com referência às suas características; entre outros. Destaco também a importância da colocação de meias de contenção ou de dispositivos de compressão alternada nos membros inferiores, para evitar problemas trombo-embólicos, derivados da imobilização prolongada.

Revelou-se igualmente indispensável a monitorização da dor e vigilância da eficácia das medidas farmacológicas e não farmacológicas administradas, uma vez que, a dor diminui o conforto e bem-estar da pessoa e aumenta o risco de complicações (OE, 2008); como, o aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, sudorese, hipoventilação, agravamento da hemorragia, e por sua vez, do estado clínico do cliente ou até mesmo resultar em morte (Santos, Kreling, Karino, Yagi, & Vendrameto, 2017). Segundo Haslam, Dale, Knechtel, e Rose (2012), a avaliação sistemática da dor e o seu tratamento adequado, diminuem o período de ventilação mecânica e de internamento.

Esquematiza-se então, sumariamente, algumas medidas instituídas para a prevenção de complicações na PSC (Diagrama 6).

Diagrama 6 – Representação esquemática de algumas medidas instituídas para prevenção de complicações na PSC.



Pretendeu-se assim, com o que foi descrito, adquirir a competência de prestação de “cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Regulamento nº 124/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8656).

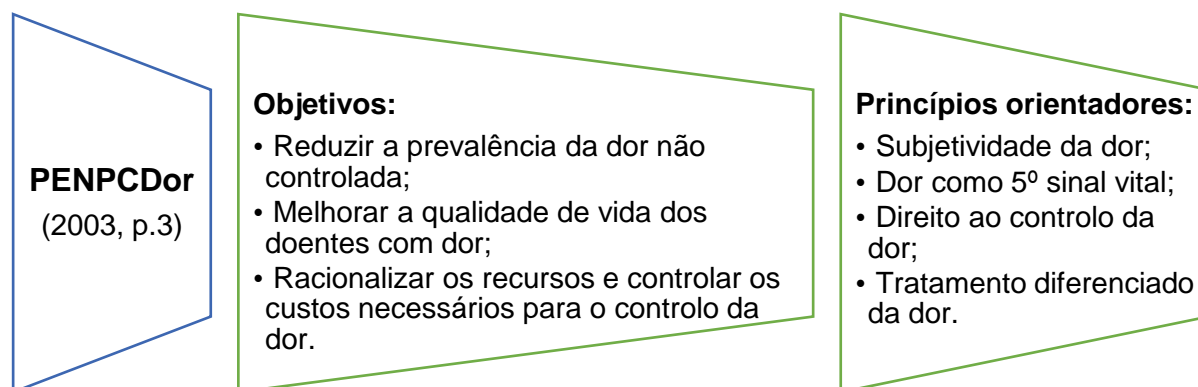
Transita-se deste modo para o objetivo:

Objetivo específico 3. Aprofundar conhecimentos para a gestão diferenciada da dor da pessoa em situação crítica, com ênfase no período perioperatório.

A dor, equiparada ao 5º sinal vital, define-se como “uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre” (DGS, 2003, p. 3), é subjetiva, sendo variável a percepção e expressão da mesma, influenciando a qualidade de vida da pessoa, pelo que o “seu controlo é um objectivo prioritário” (OE, 2008, p.11). Deverá ser efetuado o diagnóstico, avaliação, registo sistemático da dor e as medidas terapêuticas aplicadas, considerando sempre que possível, o que a pessoa menciona, para alcançar a humanização dos cuidados (DGS, 2003). Santos, Kreling, Karino, Yagi, e Vendrameto (2017) referem que a dor aguda constantemente acompanha o cliente vítima de trauma.

O Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor, 2003) contempla princípios orientadores e objetivos apresentados no diagrama 7.

Diagrama 7 – Princípios orientadores e objetivos definidos para a prevenção e controlo da dor.



Importa assim, mencionar a relevância que os enfermeiros detêm neste âmbito, uma vez que são responsáveis pela monitorização, vigilância e gestão da dor, através de medidas farmacológicas e não-farmacológicas, bem como o registo efetivo da mesma; pois, “o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem” (DGS, 2003, p.1).

No contexto de SU verificou-se a inexistência de protocolos para a gestão da dor e constatou-se que apenas estava implementada para a sua avaliação a Escala

Numérica. A Escala Numérica da Dor é uma escala que consiste numa régua repartida em doze partes iguais, numerada de zero a dez, em que se pretende que o cliente “faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica”, em que o zero corresponde a ausência de dor e o dez a uma dor máxima (DGS, 2003, p.2). Os instrumentos de avaliação de dor devem ser selecionados consoante o “tipo de dor; idade; situação clínica; propriedade psicométrica; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais” (OE, 2008, p.16).

Salientam-se as intervenções farmacológicas e não farmacológicas aplicadas a uma cliente com uma fratura exposta da tíbia, em que foi efetuada a gestão da analgesia prescrita em SOS, promoção de conforto através da imobilização do membro, repouso, tranquilização verbal e toque. Noutro caso, uma cliente com uma hérnia inguinal encarcerada com indicação para cirurgia urgente efetuou-se a promoção do conforto através do posicionamento, repouso, tranquilização verbal e toque. No SO cuidou-se de clientes com fratura do fémur a aguardar cirurgia ortopédica, tendo sido importante o controlo da sua dor para uma prestação de cuidados de qualidade. Como tal uma vez mais, para além do planeamento estratégico da administração dos fármacos prescritos em horário fixo, foi administrada terapêutica prescrita em SOS antes de intervenções potencialmente geradoras de algia, como a higiene e o posicionamento; foi mantida também a tração cutânea e efetuada promoção do conforto através de medidas de posicionamento, repouso e através da comunicação. No cliente do foro cirúrgico identifica-se que a dor pré-operatória no local cirúrgico ou noutro local representam fator de risco para a dor persistente após a intervenção cirúrgica. Portanto, é fundamental efetuar um controle da dor pré-operatória como medida preventiva para minorar a incidência de dor aguda grave e o desenvolvimento de dor persistente após a cirurgia. O progresso em estratégias preventivas está fortemente ligado à individualização de tratamentos com base no conhecimento do fenótipo da dor do cliente (Nikolajsen, 2017).

Na UCIC a avaliação da dor foi adaptada de acordo com a situação clínica do cliente. Deste modo, destacou-se a utilização da escala numérica da dor para os clientes com capacidade para auto-avaliar a sua dor, como recomendado pela OE (2008, p.15) ao “reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor”. Utilizou-se a escala *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), que se

revelou uma escala simples e fiável, como descreve a OE (2008), para a avaliação da dor em clientes sem capacidade para comunicar verbalmente. A escala é constituída pelos “indicadores respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade, cada um deles pontuado de 0 a 2 pontos”, em que os valores mais elevados indicam maior intensidade de dor (Batalha, et al., 2012, p. 9). A escala *Behavioral Indicators of Pain Scale* (ESCID) foi utilizada para os clientes sob ventilação mecânica e incapazes de comunicar verbalmente; avalia a musculatura facial, tranquilidade, tónus muscular, adaptação à ventilação mecânica e o conforto, com pontuação total que poderá ser de 0 a 10, sendo que a mais alta indica maior intensidade de dor (Latorre-Marco, et al., 2016).

Demonstrou-se necessária a implementação de medidas antecipatórias, como a explicação prévia ao cliente das intervenções a realizar e a administração de terapêutica previamente à realização de procedimentos que poderiam desencadear dor, como são o caso dos cuidados de higiene, mobilização, tratamento de feridas ou a realização de técnicas invasivas.

Urden, Stacy e Lough (2008) referem que para os clientes que não verbalizam deverão ser considerados os indicadores comportamentais e fisiológicos para a avaliação da presença e intensidade da dor. Mencionam também que a família pode “contribuir significativamente para a avaliação da dor, porque está intimamente familiarizada com as respostas normais à dor” e pode auxiliar a identificar esses indicadores (Urden, Stacy, & Lough, 2008, p. 135).

De acordo com Teixeira e Durão (2016, p. 141) as escalas *Behavioral Pain Scale* (BPS) e *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) são as “mais adequadas para avaliação da dor nos doentes de cuidados intensivos”. A BPS é uma escala que consiste na avaliação de três indicadores, a expressão facial, os movimentos corporais e a tolerância à ventilação mecânica (Morete, Mofatto, Pereira, Silva, & Odierna, 2014). A CPOT avalia a expressão facial, os movimentos corporais, a tensão muscular, a flexão ou extensão passiva dos membros superiores e a adesão ao ventilador [clientes intubados] ou vocalizações [clientes extubados] (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

Pretendeu-se deste modo, adquirir a competência de “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando

as respostas” (Regulamento nº 124/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8656).

Aitken e Elliott (2012), referem também que a gestão da dor, da ansiedade e do stress é fundamental, dado que se influenciam; ou seja, a dor intensa pode intensificar o stress e este, por sua vez, pode elevar a perceção da dor. Neste campo de ação pretendeu-se:

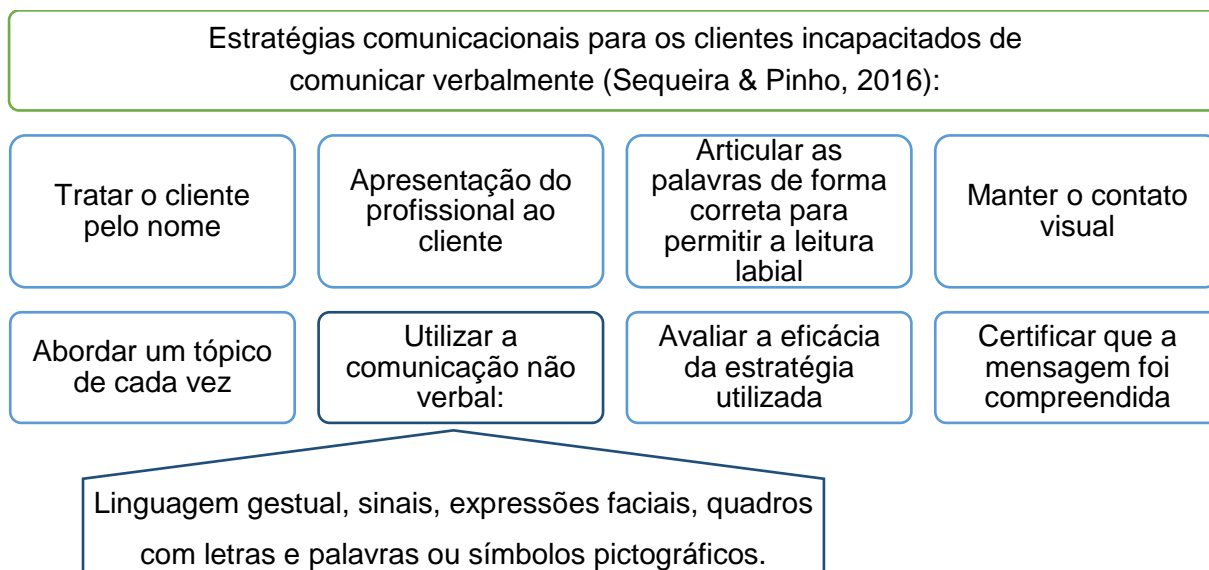
Objetivo específico 4. Aperfeiçoar a capacidade de comunicação interpessoal com a pessoa em situação crítica e família para a promoção da relação terapêutica e gestão de ansiedade na transição experienciada.

O cliente em estado crítico muitas vezes apresenta-se incapaz para estabelecer uma comunicação verbal. Como tal, considero que os enfermeiros deverão estar despostos para a comunicação não-verbal expressa e para o subsídio que a família poderá revelar. Por conseguinte, no contexto de SU e UCI reconheceu-se a importância da família, sendo frequentemente considerada como elemento fundamental na prestação de cuidados à PSC, pois como refere Mendes (2015, p. 240) a “interação que acontece entre enfermeiro e família gera a possibilidade para que o encontro e satisfação de expectativas aconteçam (...) permite-se (...) oportunidade para agir, para se informar e ser informado”.

Na UCIC está implementado o acolhimento à família, o que se revelou fulcral para o processo de transição situacional experienciado; pretendeu-se, portanto, uma preparação da mesma relativamente à situação clínica do familiar e do ambiente esperado, inerente ao serviço; foram identificadas as pessoas de referência para o cliente; e foram informadas e esclarecidas as suas questões. Providenciou-se um acompanhamento da mesma durante este processo. Tencionou-se desenvolver as competências de promoção do “respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação” (Regulamento nº 122/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8650).

Quanto aos clientes incapacitados de comunicar verbalmente, pela presença de tubo endotraqueal, houve necessidade de aplicar estratégias comunicacionais como as descritas no Diagrama 8.

Diagrama 8 – Descrição das estratégias comunicacionais para os clientes incapacitados de comunicar verbalmente.



Matos e Mendes (2012) referem que os “quadros de comunicação” pré-feitos aparentam ser mais rápidos e eficientes e simplificam a comunicação das necessidades emocionais, respeitando a individualidade. Acrescentam ainda, que as questões efetuadas deverão ser de resposta sim/não e que é importante ser amável, informativo e fisicamente presente. Planeou-se desenvolver as competências de “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica” e “gere o estabelecimento da relação terapêutica” (Regulamento nº 124/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8657). Para a promoção da relação terapêutica revelou-se substancial a identificação das transições experienciadas, transição saúde-doença pela pessoa doente e da transição situacional vivenciada pelo seu familiar; e identificar as condições facilitadoras e inibidoras no processo, para se definirem em parceria as intervenções terapêuticas de enfermagem. Somente desta forma, os indicadores de resultado puderam ser aplicados para avaliar a eficácia da intervenção implementada. No estudo de caso efetuado durante o estágio na UCIC identificou-se que o cliente estava a vivenciar uma transição de saúde-doença, do foro neurocrítico, necessitou de intervenção cirúrgica urgente, estava a experienciar uma transição múltipla, ou seja, situação de doença e inibição para o seu papel de marido/pai, com alteração de papéis, que decorreram em simultâneo e se relacionam. O evento crítico vivenciado provocou uma

alteração significativa da sua condição física e mental. A família de referência identificada foi a esposa e a sua filha; a experienciar uma transição situacional, que tomaram consciência da situação através da transferência do seu familiar para outro hospital, da necessidade de intervenção cirúrgica urgente e na visita no internamento na UCIC, com reconhecimento de mudanças nos seus papéis. Apresentaram envolvimento no processo através da procura de informações e parceria estabelecida gradualmente com os profissionais. Foram manifestando as suas expectativas através de alterações positivas que foram observando na recuperação do seu familiar. A esposa reconheceu que houve uma mudança de papéis e que poderia revelar-se um desafio, com a mudança ainda mais significativa e que estava dependente da evolução clínica do marido. Relativamente aos pontos críticos/eventos identificaram-se com o início dos sinais e sintomas manifestados pelo familiar internado e que despoletou a sua esposa a contactar o 112 e posteriormente a sua filha; a transferência de hospital pela gravidade da situação; cirurgia urgente e posteriormente a visita na UCIC. Foi um acontecimento inesperado, sem possibilidade de preparação prévia para o sucedido. O peso do internamento numa UCI associado a situação clínica grave, o choque inicial ao ver o marido/pai, identificaram-se como fatores inibidores. Como condições facilitadoras para o processo do cliente destacou-se o suporte familiar, recebeu diariamente a visita da esposa e da filha e de outros familiares, nomeadamente as irmãs, que viajaram de França para o visitar. O mesmo reconheceu a sua família na fase em que apresentava capacidade de expressão pela mímica labial, nomeando quem o ia visitar e com manifestação de uma expressão de agrado. Para a família, o facto de apresentar do ponto de vista clínico uma evolução favorável foi um fator facilitador. Destaco ainda, a preparação efetuada no acolhimento à família, a informação e o esclarecimento de questões. No entanto, num dos turnos que se realizou, verificou-se que mesmo com uma preparação prévia, através do acolhimento, com explicação da situação do familiar e do ambiente de uma UCI, o confronto com a situação real revelou-se um fator inibidor, uma das irmãs não se sentiu bem com o confronto com a realidade. O facto da esposa ter ido viver com a filha, revelou-se um fator facilitador na vivência da sua transição. Como fator inibidor para o cliente identificou-se a incapacidade de comunicação verbal, mas como fator facilitador a possibilidade de se expressar através da mímica labial, expressão facial e corporal.

Na sala de emergência foi clara a preocupação manifestada pela equipa multidisciplinar em fornecer informações aos familiares numa situação geradora de grande ansiedade; permitir a visita, na maioria das vezes antes da transferência, ou ainda, reconhecê-la como recurso para aquisição de informações relevantes para melhorar a prestação de cuidados. Permitiu-se assim, assistir “a pessoa e família nas perturbações emocionais” (Regulamento nº 124/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8656). Destaco um caso de um cliente com necessidade de transferência inter-hospitalar para ser submetido a uma intervenção cirúrgica urgente, na qual, por diversas vezes foi efetuada tentativa de obter informações junto do seu familiar e por sua vez informá-lo também, durante a prestação de cuidados na sala de emergência. Apenas se conseguiu no momento da transferência, pois não foi possível localizar o mesmo no serviço. O familiar foi informado e foram esclarecidas as suas questões no que respeita aos cuidados de enfermagem. Durante a azáfama e necessidade de cuidados emergentes, manifestou-se esta preocupação. Pretendeu-se então, desenvolver as competências de promoção do “respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação” (Regulamento nº 122/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8650), “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica” e “gere o estabelecimento da relação terapêutica” (Regulamento nº 124/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8657).

Para a promoção da relação terapêutica também no contexto de SU revelou-se essencial a identificação das transições experienciadas. Como tal, um dos casos que se contatou decorreu no SO; uma cliente de 41 anos foi trazida ao SU pela VMER por palpitações durante o seu desempenho laboral, encaminhada para a sala de emergência e foi ativada a via verde coronária. Não apresentava alterações eletrocardiográficas e analiticamente revelava um aumento de troponinas, motivo pelo qual foi encaminhada para o SO para esclarecimento do caso, vigilância e monitorização eletrocardiográfica contínua. Esta cliente apresentava-se com labilidade emocional, chorosa e ansiosa com a situação. Foi uma situação inesperada, manifestava preocupação com o seu estado de saúde, alicerçado com o desassossego por ter uma filha menor. Naquele momento manteve-se junto da mesma, tentou-se tranquilizar e explicar a importância da sua permanência no SO.

Identificaram-se condições facilitadoras como a tranquilização verbal; visita do marido; bom suporte familiar apurado pela verbalização da cliente; bom suporte laboral indicado também pela mesma; ou a distração através da leitura de revistas. As condições inibidoras identificadas compreenderam o facto de ter ficado sem o telemóvel e ter ficado desconectada com a sua vida diária; estar longe da sua família; não compreender o motivo de ter de ficar em repouso e em vigilância; e apenas serem permitidos dois horários de visita com tempo limitado. Deste modo, foi efetuado junto com a mesma o planeamento das intervenções terapêuticas considerando as suas necessidades, perspetivando os melhores padrões de resposta e resultados.

Durante o percurso efetuado revelou-se fundamental o estudo da temática sobre comunicação de más notícias, alicerçado com a frequência das aulas de mestrado e a participação no V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Relatório apresentado no Apêndice IV), pois a “desesperança”, o “fracasso terapêutico”, o “prognóstico reservado”, a “alteração de expectativas”, situação de “doença grave” ou mesmo a “morte de um familiar ou amigo” (Sequeira, 2016, p. 215), são exemplos de tipos de má notícia e estiveram presentes durante este caminho que se percorreu. Sequeira (2016, p. 215), define má notícia como “qualquer informação que envolva uma mudança drástica no indivíduo que a recebe, tendo um impacto negativo na sua perspetiva de futuro, afetando, assim, os domínios cognitivo, emocional, espiritual e comportamental, com eventuais repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social”. Para Fontes, Menezes, Borgato, e Luiz (2017, p.1151) o enfermeiro é um “agente ativo” na comunicação de informações ao cliente e à sua família, em que a capacidade de comunicação é uma competência necessária e indispensável, bem como a postura do profissional e inclusive, o local onde as mesmas são transmitidas. Sequeira (2016) complementa ainda, referindo que a maneira como a má notícia é comunicada irá influenciar a aceitação por parte do cliente e família e menciona o recurso ao protocolo SPIKES neste campo de ação. O protocolo SPIKES, de acordo com Baile, Buckman, Lenzia, Globera, Bealea, e Kudelkad (2000) consiste em seis etapas que objetivam a obtenção de informações do cliente, transmissão de informações, facultar apoio e incentivar à colaboração do cliente no desenvolvimento de uma estratégia de tratamento para o futuro. Deste modo, a letra S [*SETTING UP the Interview*] refere-se ao planeamento da entrevista, incluindo a preparação do profissional e do ambiente;

o P [*assessing the patient's PERCEPTION*] corresponde à avaliação do que o cliente percebe e o conhecimento que detém; o I [*obtaining the patient's INVITATION*] alude à solicitação para o cliente mencionar e identificar o que pretende saber; o K [*giving KNOWLEDGE and information to the patient*] indica que a informação deve ser transmitida gradualmente, de forma clara, consoante as necessidades e vontade de cada um; o E [*addressing the patient's EMOTIONS with empathic responses*] assinala a permissão para a expressão das emoções e consequentemente o seu apoio; o S [*STRATEGY and SUMMARY*] reporta-se à apresentação de uma estratégia de intervenção, com validação se o cliente está ainda em condições de receber mais informações e delinear o futuro, com promoção de uma esperança realista e determinação de metas consistentes.

Fontes, Menezes, Borgato, e Luiz (2017), salientam que a vontade da pessoa deve ser considerada, ou seja, deverá ser respeitada a sua autonomia; uma vez que poderá não querer ter conhecimento sobre a sua situação de saúde; ou então, demonstrar vontade em saber na íntegra o seu diagnóstico e prognóstico, bem como decidir sobre o tratamento, em consonância com a sua cultura e religião.

No caminho que se percorreu este saber foi fundamental, uma vez que o contato com a “má notícia” foi praticamente diário. Ambos os contextos de estágio estavam dotados de uma sala própria, acolhedora, destinada a este fim.

Considera-se então, primordial a formação dos profissionais neste âmbito, uma vez que “todas as más notícias provocam sofrimento e a forma como estas são comunicadas pode amenizá-lo” (Sequeira, 2016, p. 219).

Menciona-se também, que no trajeto executado os cuidados espirituais foram tomados em consideração durante o processo de cuidar. Consistem “numa atitude e numa abertura à experiência partilhada da condição humana” (Riley, 2004, p. 222) e não se podem desagregar de todas as outras configurações dos cuidados de enfermagem (Riley, 2004). No Artigo 82º do Código Deontológico de Enfermagem (OE, 2005, p. 99), é referido que “o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de: b) respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa”. De acordo com Conceição (2014, p. 276), “os enfermeiros são capazes de aliar a sua competência para a prestação de cuidados espirituais à interdisciplinaridade, recorrendo se necessário a outros profissionais de saúde ou peritos, para na complementaridade atenderem às necessidades sentidas

por aqueles a quem cuidam”. Assim, durante a experiência no SO e atendendo aos valores religiosos, verificou-se que a visita do capelão foi apreciada com agrado pelos clientes e demonstrou ser importante no seu processo de transição experienciado. Conceição (2014, p. 280) adverte ainda, que “é importante que o enfermeiro desenvolva progressivamente a sua inteligência espiritual para uma melhor qualidade nos cuidados espirituais prestados à pessoa”. Riley (2004, p. 220) indica que a espiritualidade na enfermagem compreende a espiritualidade do profissional e do cliente e que “esta relação pode transformar-se numa busca do sentido de vida”. Dado que é uma dimensão do ser humano, é indubitável a sua valorização no planeamento dos cuidados de enfermagem e promoção de uma intervenção mais humanizada (Espírito Santo, Gomes, Oliveira, Pontes, Santos, & Costa, 2013).

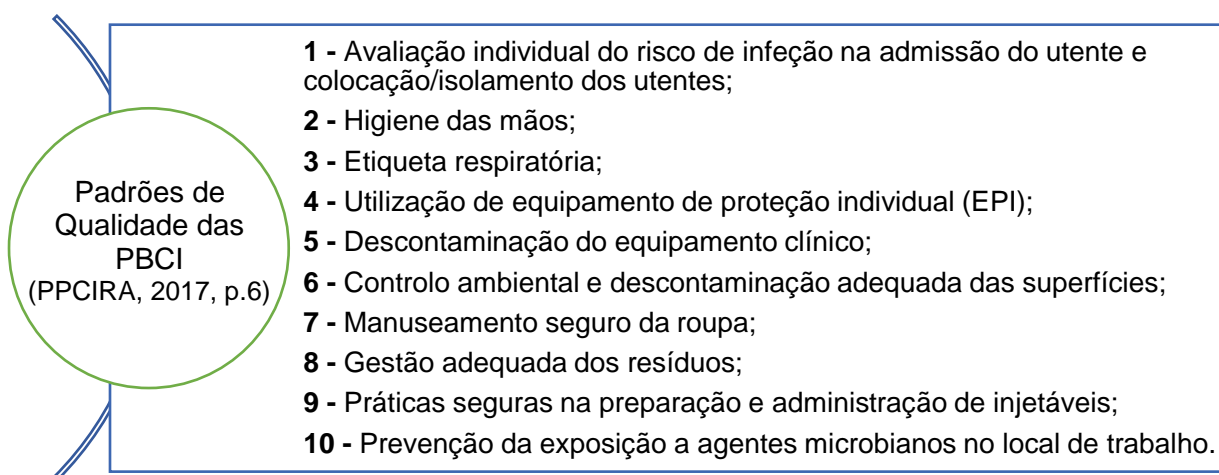
No SO, frequentemente os acompanhantes abordavam questões relativas ao horário de visita e de informações, o que despoletou a realização de um poster informativo para colocação à entrada do serviço com essa informação, acrescida com a indicação dos direitos e deveres dos acompanhantes e da importância da desinfeção das mãos para prevenção de infeção (Apêndice II). Como tal, planeou-se:

Objetivo específico 5. Garantir a prevenção e controlo de infeção da pessoa em situação crítica, nomeadamente no âmbito cirúrgico.

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) da DGS (PPCIRA, 2017), refere que no ano de 2016 se verificou uma crescente consciência a nível mundial para as questões da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos e das infeções associadas a cuidados de saúde (IACS), que despoletou uma reunião de elevado nível no âmbito da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, a qual considerou este tema como “uma das maiores ameaças à saúde das populações, justificando dotação de meios compatíveis” (PPCIRA, 2017, p.17). No que concerne ao nível nacional, o PPCIRA colocou o foco na execução de dois questionários de prevalência de infeção de âmbito europeu, com foco nas IACS, no consumo de antimicrobianos e nas estruturas de controlo de infeção existentes. No ano 2009, nas unidades de saúde, iniciou-se a monitorização da prática da higienização das mãos, posteriormente à adesão de Portugal à Campanha de Higiene das Mãos preconizada pela Organização Mundial

de Saúde [OMS] (PPCIRA, 2017). Em 2014, o PPCIRA deu início à promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) que incluem as “regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista, minimizar o risco e a transmissão cruzada e incidem sobre dez padrões de qualidade” (PPCIRA, 2017, p.5) (Diagrama 9).

Diagrama 9 – Padrões de Qualidade das Precauções Básicas de Controlo de Infecção.



O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 apresenta como nono objetivo a prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos. Posto isto, e com o intuito de desenvolver a competência “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento nº 124/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8657); no contexto da UCIC foi cumprida a utilização dos EPI e a técnica assética nos procedimentos realizados. Saliento a importância de cada unidade estar equipada devidamente para cumprir com rigor as normas de prevenção e controlo de infeção, como se verificou neste contexto.

Destaco ainda, o cumprimento do “Feixe de intervenções” preconizados pela Norma 021/2015 atualizada a 30/05/2017 da DGS para prevenção da pneumonia associada a intubação, que engloba a gestão da sedação e se possível a sua interrupção; discussão da necessidade de ventilação e logo que exequível, o desmame e/ou extubação; manter a cabeceira elevada a 30º e evitar a posição de supina; realizar pelo menos três vezes ao dia a higienização oral com cloro-hexidina

0,2%; manter os circuitos ventilatórios e substituí-los somente se estiverem sujos ou disfuncionantes; e, manter a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O.

O cumprimento do “Feixe de Intervenções” preconizados pela Norma 020/2015 de prevenção de infeção do local cirúrgico foi similarmente cumprido e inclui a higiene com cloro-hexidina 2%, a manutenção da normotermia (temperatura acima de 35,5°C) e normoglicemia (glicemia inferior a 180 mg/dl).

Relativamente ao caso referido anteriormente e que motivou a realização de um jornal de aprendizagem “Cuidar da pessoa em situação crítica queimada”, no que respeita ao controlo de infeção, foi cumprida a proteção devida com os EPI e a técnica assética nos procedimentos efetuados e mantida a vigilância dos parâmetros vitais, temperatura e resultados analíticos, pois “os doentes queimados perdem a barreira protetora primária para os microrganismos colonizantes” (Antunes & Sousa, 2015, p.448). O elevado risco de sépsis neste caso, com ponto de partida na queimadura infetada (ASCQ superior a 20%) estava presente, uma vez que “a destruição dos vasos, no tecido queimado, dificulta a migração das células imunes do hospedeiro e restringe a chegada do antibiótico administrado sistemicamente, enquanto a libertação de substâncias inflamatórias e tóxicas pelo tecido queimado impede e dificulta a resposta imunológica local” (Antunes & Sousa, 2015, p.448). Portanto, a intervenção de enfermagem neste âmbito demonstrou-se crucial para diminuir a morbilidade e mortalidade. Para evidência da prestação dos cuidados de enfermagem e garantir a continuidade dos cuidados procedeu-se ao registo fidedigno das intervenções no processo clínico eletrónico dos clientes.

No SU cumpriu-se similarmente a técnica assética nos procedimentos, como no caso da preparação de material para colocação de cateter venoso central, algaliação, entubação endotraqueal, entre outros. No SO, nos clientes do foro cirúrgico, procedeu-se a higienização com cloro-hexidina a 2% e a manutenção da normotermia, como preconizado na Norma 020/2015 da DGS sobre “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico. Teve-se ainda a possibilidade de assistir a uma sessão formativa sobre a via verde sépsis para o cumprimento da Norma nº 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017 da DGS sobre a Via verde Sépsis no Adulto que se realizou no serviço. Verificou-se também a importância do cumprimento do “feixe de intervenções” da Norma nº 09/2015 de

15/12/2015 atualizada a 30/05/2017 sobre a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, incluindo a importância do respetivo registo no processo eletrónico do cliente.

Pretendeu-se assim, cumprir o objetivo:

Objetivo específico 6. Aprimorar as competências comunicacionais para garantir a eficácia na transferência de informação entre enfermeiros, visando a segurança e continuidade dos cuidados.

No contexto do SU verificou-se a aplicação da ferramenta ISBAR, preconizada pela DGS (DGS, 2017) para garantir a transição segura de cuidados e por sua vez a continuidade dos cuidados (Diagrama 10).

Diagrama 10 - Ferramenta comunicacional para transição segura de cuidados (DGS, 2017).

I (Identificação)	• Identificação e localização dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) e do cliente a que diz respeito a comunicação
S (Situação Atual/Causa)	• Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde
B (Antecedentes/Anamnese)	• Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade
A (Avaliação)	• Informações sobre o estado do cliente, terapêutica medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas
R (Recomendações)	• Descrição das atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do cliente

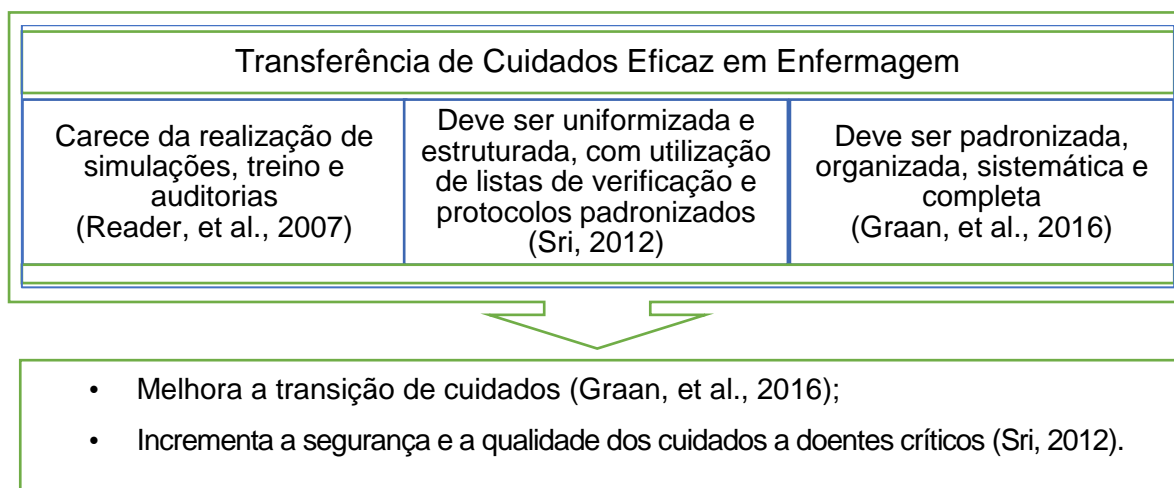
No SO constatou-se inclusive que tinham implementado um impresso para a passagem de turno que integrava este instrumento comunicacional. Assim, cumpriu-se as indicações da Norma 001/2017 da DGS e o protocolo institucional instituído para promover “a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional,

na equipa de Enfermagem” (Regulamento nº 122/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8650).

Pela evidência obtida pela RIL efetuada apurou-se que a transferência é uma das atividades mais frequentemente desenvolvida pelos enfermeiros e é também um momento privilegiado que proporciona oportunidades de educação e supervisão.

No Diagrama 11 estão descritos de forma sumária os pressupostos obtidos através da realização da RIL para uma transferência de cuidados eficaz entre os enfermeiros.

Diagrama 11 - Transferência de Cuidados Eficaz em Enfermagem.



Na UCIC, uma vez que não tinham implementada a Norma 001/2017 da DGS sobre a “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” (DGS, 2017, p.1), tive a possibilidade de efetuar duas sessões formativas neste âmbito, de forma a abranger o maior número de enfermeiros do serviço. Assim, previamente foi efetuado um diagnóstico para potencial melhoria e identificou-se que a nota de alta deveria ser padronizada. Deste modo, foi realizada uma apresentação que se intitulou “Transição Segura de Cuidados” (Apêndice V). Assistiram no total 20 enfermeiros. Relativamente aos resultados, obtidos através da aplicação do questionário de avaliação da formação (Apêndice Ve), 100% respondeu que “os objetivos da formação foram claros”; 95% que “os conteúdos foram adequados aos objetivos”; 95% que “a sessão permitiu adquirir novos conhecimentos”; e 100% que “o conteúdo da sessão é útil para o exercício das minhas funções”. No que concerne a sugestões/críticas houve referência a “Mantém a postura, excelente capacidade de captar a atenção dos

formandos”, “Muito boa apresentação. Excelente”, “Muito útil ao contexto com a prática clínica”. Neste contexto verificou-se também a preocupação com as situações que implicavam a transição de cuidados, como interrupção para a refeição dos profissionais, passagem de turno, transporte intra ou inter-hospitalar de clientes, no que respeita a verificação e atualização de perfusões para prevenir os alarmes de equipamentos e a antecipação de necessidades previsíveis de cuidados, de forma a minimizar interrupções na transferência de cuidados e incrementar a segurança como referem Spooner, Corley, Chaboyer, Hammond, e Fraser (2015). A chefia de enfermagem e os enfermeiros chefe de equipa eram responsáveis por supervisionar e coordenar as transições.

Na experiência vivida no SU constatou-se identicamente que previamente à transferência do cliente, o enfermeiro chefe de equipa tinha de ser avisado previamente, efetuava a avaliação da situação e, caso fosse necessário, colaborava na preparação para a transferência.

O acompanhamento dos elementos responsáveis pela gestão de cuidados e do serviço possibilitou então:

Objetivo específico 7. Desenvolver competências na área de gestão dos cuidados em contexto de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos.

De acordo com Hesbeen (2001, p.79), é nos enfermeiros chefes que são depositadas expectativas para desenvolver as estruturas e aperfeiçoar a organização, portanto, “para garantir a qualidade do serviço prestado pelos profissionais que nela trabalham”.

No contexto de SU houve oportunidade de acompanhar o enfermeiro chefe de equipa na execução das suas funções, pude apurar que efetua a validação do plano de distribuição, quando a chefia do serviço não o pode fazer; coordena a equipa; assiste à passagem de turno dos assistentes operacionais e de enfermagem; realiza a gestão dos clientes que têm indicação para internamento; dá apoio na prestação de cuidados; valida as atividades executadas pelas assistentes operacionais; é um elemento de referência e portanto, consultor de pares; gere o mapa de refeições dos clientes que estão no SO; efetua os registos no sistema informático e em folha de registo diário, que inclui as ocorrências, destinada aos enfermeiros chefes de equipa;

entre outras funções que se considerem pertinentes consoante as necessidades identificadas. É também um elemento de referência no que consta a situações de catástrofe, como tal, foi apresentado o plano sectorial vigente no SU para resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima; de forma a se alcançar a competência de “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção” (Regulamento nº 124/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8657).

Na experiência que se viveu na UCIC, foi possibilitado o acompanhamento do enfermeiro chefe de equipa que concomitantemente supervisionou o estágio concretizado, o que permitiu que ao longo do mesmo acompanhasse as funções inerentes ao cargo de chefe de equipa. Salienta-se então, a gestão de recursos humanos e materiais do serviço; a distribuição dos clientes pelos profissionais; a supervisão de pares e integração de novos elementos; a vigilância dos assistentes operacionais; identificação e transmissão de ocorrências à chefia; entre outras. Efetuou-se também um turno com a chefia do serviço, onde foram apresentadas as funções implícitas, designadamente, a gestão dos recursos humanos e materiais; previsão e antecipação de necessidades do serviço; assistência às passagens de turno dos assistentes operacionais e enfermeiros; execução dos horários; implementação de estratégias motivadoras para a equipa; elo de ligação com a direção; entre outras.

Pretendeu-se, portanto, desenvolver as competências de gestão dos “cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” e de adaptação da “liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 122/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8649).

Fradique e Mendes (2013, p.52), referem que são os enfermeiros “os agentes que diretamente influenciam a qualidade dos cuidados prestados”, esta qualidade, por seu turno, está dependente da maneira como o líder gere o serviço nas questões ambientais, humanas ou técnicas. Posto isto, será da responsabilidade do enfermeiro chefe: garantir a conformidade entre os objetivos e a motivação da equipa, assegurar que a informação circula entre todos, “inspirar as pessoas para que elas inovem e sejam

ousadas”; “formar e preparar todos para futuras competências” (Hesbeen, 2001, p.112). Fradique e Mendes (2013, p.52), apontam que se a liderança

for adequada e impulsionadora de comportamentos que potencializem a qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como a satisfação dos profissionais colaboradores, pode gerar ganhos em termos de gestão, o que se vê a reflectir nos cuidados de saúde prestados ao utente.

Indicam ainda, que a definição de estratégias deverá ser em parceria com os restantes profissionais e que deve ser dada relevância e motivação para a inovação, para incessantemente se alcançar a meta que é a qualidade dos cuidados ao cliente.

Assim, revela-se fulcral incorporar o papel do líder e compreender o seu impacto no serviço, nos outros profissionais e na instituição; uma vez que este cargo é assumido frequentemente por enfermeiros especialistas. Deste modo, considerou-se igualmente necessário concretizar o próximo objetivo:

Objetivo específico 8. Otimizar a capacidade de julgamento, raciocínio clínico e tomada de decisão sustentada na evidência científica, para promoção da segurança e qualidade nos cuidados.

Visto que os enfermeiros que lideram são profissionais de referência para os restantes elementos deverão, portanto, ser detentores de elevada capacidade de julgamento e raciocínio clínico.

Os contextos de estágio proporcionaram a reunião com peritos na área, fundamental para este percurso, despoletaram a motivação para a pesquisa da melhor evidência científica e a reflexão da e na ação; alicerçado com a participação em congressos e jornadas.

A realização dos jornais de aprendizagem sobre o transporte do doente crítico e o “Cuidar da pessoa em situação crítica queimada”, proporcionaram momentos de reflexão sobre a prática desenvolvida em contexto de estágio para aquisição de competências do CMEPSC, permitindo uma “prática de cuidados de enfermagem, suportada no conhecimento produzido e num exercício reflexivo contínuo” caminhando “sustentadamente, da apreciação à tomada de decisão” com organização do pensamento e resposta de “modo efetivo e congruente às necessidades das

peessoas, nos diferentes processos de transição experienciados” (Mendes, 2016, p.19); perspetivando a perícia, que de acordo com Benner (2001, p. 32), “desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real (...), a experiência é por isso necessária para a perícia”; não descurando também o “mecanismo de aquisição de competências em matéria de julgamento clínico” (Benner, 2001, p.35).

Durante o estágio na UCIC a realização do estudo de caso sobre uma situação de um cliente do foro neurocrítico, revelou-se uma mais valia para o percurso, e permitiu a reflexão, análise e tomada de decisão com base na melhor evidência científica obtida. Considera-se que a realização do Processo de Enfermagem é um método facilitador e fundamental para a prática clínica na procura da excelência. Deverá, portanto, incorporar o cliente e a família no seu planeamento, uma vez que, o processo de transição é ímpar para cada indivíduo. Garcia e Nóbrega (2009, p.192), mencionam que a “aplicação deliberada e sistemática do Processo de Enfermagem pode acrescentar qualidade ao cuidado, melhorar a visibilidade e o reconhecimento profissional e representar uma possibilidade concreta de avaliação da prática profissional”.

Em ambos os contextos se confrontou com diversas medidas que tencionam elevar a segurança e qualidade da intervenção de enfermagem. No SU verificou-se que têm implementadas diversas estratégias que objetivam minimizar os incidentes críticos, nomeadamente, o MAPP® - *Mobile App Platform*, que é um dispositivo portátil que permite a realização da maioria dos registos de enfermagem de forma segura junto do cliente, em que a identificação do cliente é efetuada através do código da sua pulseira identificativa. Este sistema integra aplicações que uma vez mais objetivam a segurança do cliente, como é o caso, do *Pharmatrac*® e *Bloodtrac*®, que possibilitam a administração segura de medicação e de componentes sanguíneos, respetivamente. Têm ainda o sistema *Pyxis*® *MedStation*®, no qual através da impressão digital ou da respetiva *password*, o enfermeiro consegue aceder à terapêutica que está prescrita para cada cliente, minimizando, portanto, a possibilidade de erro.

Na UCIC possuem o sistema *Gricode*®, que permite a administração em segurança de hemoderivados, recorrendo à utilização de uma pulseira específica no

cliente com um código único e o respetivo dispositivo eletrónico para a leitura do mesmo.

A realização da RIL com o tema “A comunicação para a segurança da pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura” facultou bases fundamentais para a concretização sustentada do percurso no que concerne essencialmente a transição segura de cuidados.

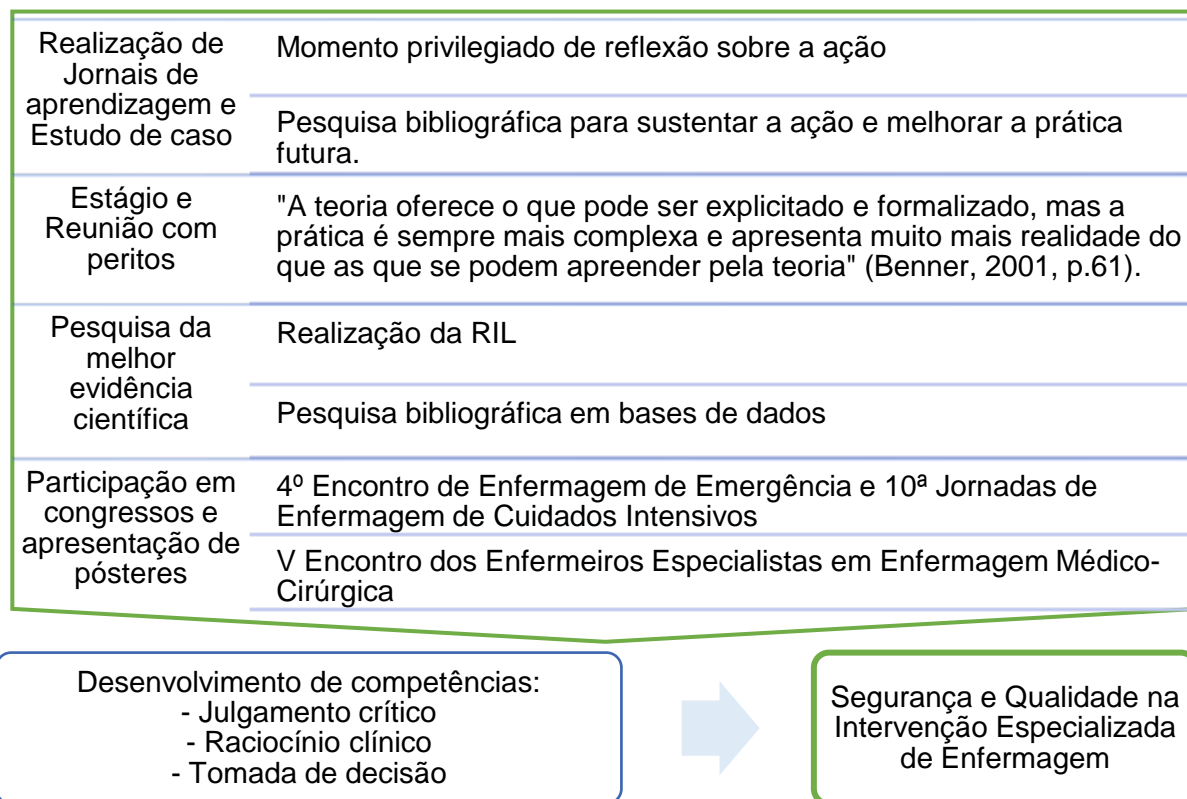
Os elementos determinantes da qualidade segundo Hesbeen (2001) compreendem as reflexões, conhecimentos técnicos e científicos; a formação dos profissionais, desempenho e competência; a pessoa que recebe os cuidados e a sua família; os métodos de colheita de informação sobre a prática e processos de avaliação; e os aspetos políticos, económicos e a organização da estrutura. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882 – (2)) indica que “a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde (...) tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade”.

O diagrama que se apresenta (Diagrama 12) representa então, o percurso que auxiliou o desenvolvimento do julgamento, raciocínio clínico e tomada de decisão e desta forma, a qualidade na intervenção terapêutica de enfermagem para desenvolver as competências do “auto-conhecimento e a assertividade” (Regulamento nº 122/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8652); “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento” e “interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência” (Regulamento nº 122/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8653).

Como Mendes menciona (2015, p.227):

a construção da aprendizagem em enfermagem faz-se numa matriz teórica e prática, remetendo para esta leitura a noção de que a segunda não perdura sem a primeira, mas é da sua análise e interpretação que emerge aquilo que se tem como evidência científica e na qual se sustenta a tomada de decisão.

Diagrama 12 - Desenvolvimento do julgamento, raciocínio clínico e tomada de decisão no percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem.



2.2. Considerações Finais

A execução deste capítulo demonstrou uma análise aprofundada e sustentada dos objetivos a que se propôs, evidenciando as competências que se pretenderam alcançar. As temáticas que emergiram dos objetivos compreendem a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, prevenção de complicações, gestão da dor, prevenção e controlo de infeção, gestão dos cuidados, habilidades comunicacionais e competências de julgamento, raciocínio clínico e tomada de decisão sustentada na evidência científica.

No final do percurso realizado em cada contexto de estágio a apreciação realizada pelos Senhores Enfermeiros Orientadores Clínicos; pela Professora Orientadora e por mim, tendo em consideração a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao CMEPSC, revelou-se positiva, demonstrando o sucesso na obtenção das mesmas.

3. CONCLUSÃO

O documento elaborado espelha o percurso efetuado para a aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas para o 7º CMEPSC contemplando o plano de Estudos do curso de Mestrado em Enfermagem (ESEL, 2010), os descritores de Dublin para o 2.º ciclo de formação, as competências comuns (Regulamento n.º 122/2011, Diário da República, 2.ª série, 18 de Fevereiro) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 124/2011, Diário da República, 2.ª série, 18 de Fevereiro) nos contextos de SU e UCI. Reflete a análise crítica e sustentada na evidência científica e no referencial teórico da Teoria das Transições de Meleis.

O tema que se selecionou para estudo “A Comunicação como subsídio para a Segurança e Qualidade da Intervenção Terapêutica de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Transição Perioperatória” foi o pilar para este caminho, sendo uma temática atual e pertinente. A construção deste trabalho pautou-se pela necessidade inicial de desconstrução do tema, com aprofundamento dos conceitos no enquadramento teórico que emergiram do mesmo: comunicação, segurança, qualidade, intervenção terapêutica de enfermagem à PSC e transição perioperatória. Pretendeu-se, portanto, como refere Riley (2004, p.19) “comunicar cuidando”.

O percurso efetuado e aqui apresentado foi assinalado pela dedicação, rigor científico, profissionalismo, cumprimento dos princípios éticos e deontológicos e humanização dos cuidados, considerando sempre a segurança e qualidade em saúde. As estratégias utilizadas para alcançar com sucesso este caminho incluem a participação em jornadas e congressos, a execução de jornais de aprendizagem, a realização do estudo de caso, a pesquisa da melhor evidência científica para sustentar uma prática baseada na evidência, a discussão das temáticas inerentes ao projeto com peritos e com a professora orientadora e o exercício reflexivo constante na e sobre o exercício clínico. Assim, considera-se que os objetivos propostos foram alcançados e que este processo de aprendizagem tomou a direção da perícia relativamente ao assunto que se propôs investigar, considerando a segurança e qualidade da intervenção especializada de enfermagem e a excelência clínica.

No que respeita as implicações/recomendações do trabalho para a prática verifica-se que é importante a constante procura da excelência dos cuidados de

enfermagem considerando a segurança do cliente e a qualidade em saúde; quer seja na prestação de cuidados à PSC que experiencia uma transição de saúde-doença perioperatória como à importância do efetivo registo verbal ou escrito da intervenção terapêutica de enfermagem com vista a continuidade fidedigna dos cuidados. A comunicação revelou-se em todos os momentos fulcral, afirmando-se que é sem dúvida um riquíssimo subsídio que os enfermeiros detêm ao seu dispor nesta procura contínua da qualidade e humanização dos cuidados.

Procede então a este percurso, a perspetiva futura de supervisão clínica de pares, mestrandos e futuros especialistas na execução do seu percurso profissional e académico.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- Abraham, J., Kannampallil, T., Brenner, C., Lopez, K. D., Almoosa, K. F., Patel, B., & Patel, V. L. (2016). Characterizing the structure and content of nurse handoffs: A Sequential Conversational Analysis approach. *Journal Of Biomedical Informatics*, 5976-88. doi:10.1016/j.jbi.2015.11.009.
- Antunes, C. & Sousa, E. (2015). *Queimaduras*. In Ponce, P. & Mendes, J. (2015). *Manual de Medicina Intensiva* (1ª edição). Lisboa: LIDEL. (p. 424-451).
- Barroso, A., & Soares, J. (2017). Análise da Pressão do Cuff / Balonete em Pacientes sob Ventilação Mecânica Invasiva na Unidade De Terapia Intensiva (UTI) Analysis of Cuff / Basket Pressure in Patients under Invasive Mechanical Ventilation in the Intensive Therapy Unit (ICU). *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, 20, 7–20.
- Batalha, L. M. C., Duarte, C. I., Rosário, R. A., Costa, M. F., Pereira, V. J. R., & Morgado, T. M. M. (2012). Cultural adaptation and psychometric properties of the Portuguese version of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 7–10. <https://doi.org/10.12707/RIII1294>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Briggs, J. (2015). JBI_Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2, 1–24. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1172893>.
- Brito, M. A. C. de (2012). A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado, 269. Disponível em: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese_alicebrito_reconstrucao_autonomia_autocuidado.pdf.
- Cardoso, R. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Conceição, A. (2014). *A Competência para o Cuidado Espiritual em Enfermagem*. Tese de doutoramento. Disponível no RCAAP. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18292/1/TESE%20DE%20DOUTORAMENTO%272014.pdf>.

- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* - Versão 2. Edição portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Davis-Evans, C. (2013). Alleviating Anxiety and Preventing Panic Attacks in the Surgical Patient. *AORN Journal*, 97(3), 354–364. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.12.012>.
- Despacho n.º 5613/2015 (2015). Ministério da Saúde. *Diário Da República*, 2.^a Série - N.º 45, 8174–8175.
- Despacho n.º 1400-A/2015 (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal]. *Diário Da República*, 28(2), 4–9.
- Direção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º 9/DGCG de 14 de junho. Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2015). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Norma n.º 002/2015 de 06/03/2015 atualizada a 23/10/2015.
- Direção-Geral da Saúde (2016). Via Verde Sepsis do Adulto. Norma n.º 010/2016 de 30 de setembro. Portugal: DGS. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde. *Norma da Direção - Geral da Saúde*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.08.049>.
- Duarte, A. & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lousã: LIDEL.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Lisboa.
- Espírito Santo, C., Gomes, A., Oliveira, D., Pontes, A., Santos, É., & Costa, C. (2013). Diálogos entre Espiritualidade e Enfermagem: uma Revisão Integrativa da Literatura. *Cogitare Enfermagem*, 18(2). doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i2.32588>.
- Ferrito, C. (2014). Conceitos Básicos da Enfermagem Perioperatória. In Duarte & Martins. *Enfermagem em Bloco Operatório*. 3-9. Lousã: LIDEL.

- Fontes, Cassiana Mendes Bertoncello, Menezes, Daniele Vieira de, Borgato, Maria Helena, & Luiz, Marcos Roberto. (2017). Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1089-1095. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>.
- Fradique, M. J., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem / Effects of leadership in improving the quality of nursing care / Efectos de liderazgo en la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 45. doi:10.12707/RIII12133.
- Gonçalves, A. (2016). *Influência da Informação de Enfermagem na Ansiedade Pré-operatória*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Mestrado em Enfermagem. Coimbra.
- Graan, S. M., Botti, M., Wood, B., & Redley, B. (2016). Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks. *Australian Critical Care*, (3), 165. doi:10.1016/j.aucc.2015.09.002.
- Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., & Rose, L. (2012). Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (5), 1082–1089. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05813.x.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade Em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Iedema, R., & Merrick, E. (2016). Analysing teamwork in health care: What matters when clinicians negotiate the continuity of clinical tasks and care responsibilities? *Communication & Medicine (Equinox Publishing Group)*, 13(1), 85-97. doi:10.1558/cam.18429.
- Latorre-Marco, I., Solís-Muñoz, M., Acevedo-Nuevo, M., Hernández-Sánchez, M. L., López-López, C., Sánchez-Sánchez, M. del M., ... De las Pozas-Abril, J. (2016). Validation of the Behavioural Indicators of Pain Scale ESCID for pain assessment in non-communicative and mechanically ventilated critically ill patients: A research protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1), 205–216. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.12808>.
- Madeira, S., Porto, J., Nieves, F., Henriques, A., Pinto, N., Henriques, G., & Rato, J. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida (2ªEd)*. Instituto Nacional de Emergência Médica.

- Martins, R., & Martins, J. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, 2, pp. 111-120.
- Matos, T. & Mendes, A. (2012). Comunicação com o Doente Ventilado: Competências e estratégias. Resultados de uma Revisão da Literatura. Disponível em: <https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/index.php?start=100&target=list-abstract-presentations&event=76&defLang=1&filtertag=&limit=50&orderby=&order=&alpha=>.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. ., Im, E.-O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.
- Meleis. A. (1997). *Theoretical Nursing Development and Progress*. Third Edition. Philadelphia: Lippincott.
- Mendes, A. (2015). A informação à família na unidade de cuidados intensivos - Desalojar o desassossego que vive em si. Loures: Lusodidacta.
- Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare* (Educare Electronic Journal), 20(1), 1–23.
- Morete, M. C., Mofatto, S. C., Pereira, C. A., Silva, A. P., & Odierna, M. T. (2014). Translation and cultural adaptation of the Brazilian Portuguese version of the behavioral pain scale. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(4), 373–378. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140057>.
- Moura, S. M. (2015). *Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Nikolajsen, L. (2017). Perioperative interventions for the reduction of chronic postsurgical pain. *PAIN*, 158(5). Disponível em: http://journals.lww.com/pain/Fulltext/2017/05000/Perioperative_interventions_for_the_reduction_of.2.aspx.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa (PT): Divulgar, 24.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à Análise de Casos*. Lisboa, Portugal: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2008) *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento Das Competências Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Diário da República, 2.^a série — N.º 113 — 14 de Junho de 2011. *Diário Da República 2.^a Série, N.º 35 (18/02/2011)*, 25118–25120.
- Pritchard, M.J. (2011). Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing Standard*, 25 (51), 35-39.
- PPCIRA (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Pub. L. No. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653.
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, Pub. L. No. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8656-8657.
- Reader, T., Flin, R., & Cuthbertson, B. (2007). Communication skills and error in the intensive care unit. *Current Opinion In Critical Care*, 13(6), 732-736.
- Rhodes, A., Moreno, R. P., Azoulay, E., Capuzzo, M., Chiche, J. D., Eddleston, J., & ... Valentin, A. (2012). Prospectively defined indicators to improve the safety and quality of care for critically ill patients: a report from the Task Force on Safety and Quality of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Intensive Care Medicine*, 38(4), 598-605. doi:10.1007/s00134-011-2462-3.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, D. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação de Mestrado. Coimbra.
- Ruivo, M. & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. Retrived from <http://pt.scribd.com/241273228/Metodologia-de-Projeto#>.
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 49(49), 153–171.
- Schwartz, E., Lange, C., Meincke, S. M. K., Heck, R. M., Kantorski, L. P., & Gallo, C. C. (2010). Avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de enfermagem - DOI:

- 10.4025/cienccuidsaude.v8i0.9727. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 8, 117–124. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v8i0.9727>.
- Selimen, D., & Andsoy, I. I. (2011). The Importance of a Holistic Approach During the Perioperative Period. *AORN Journal*, 93(4), 482–490. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.09.029>.
- Sequeira, C. (2016). Comunicar com Eficácia. *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. 78-81. Lisboa: LIDEL.
- Sequeira, Falcó-Pegueroles, & Llunch (2016). Competências Comunicacionais. In Sequeira, C. *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. 48-58. Lisboa: LIDEL.
- Sequeira & Pinho (2016). Comunicação em Situações Específicas. In Sequeira, C. *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. 198-200. Lisboa: LIDEL.
- Servin, S., Barreto, G., Martins, L. C., Moreira, M. M., Meirelles, L., Neto, J., ... Tincani, A. J. (2011). Tubo Endotraqueal Atraumático para Ventilação Mecânica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61, 315–319. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a06.pdf.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- St-Louis, L., & Brault, D. (2011). A clinical nurse specialist intervention to facilitate safe transfer from ICU. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 25(6), 321-326.
- Sri, D. (2012). A telephone survey of intensive care unit handover practices in the UK. *Intensive Care Medicine*, 38(12), 2080. doi:10.1007/s00134-012-2668-z.
- Spooner, A. J., Corley, A., Chaboyer, W., Hammond, N. E., & Fraser, J. F. (2015). Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: An observational study. *Australian Critical Care: Official Journal Of The Confederation Of Australian Critical Care Nurses*, 28(1), 19-23. doi:10.1016/j.aucc.2014.04.002.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55 (1-2), p. 11-20.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos* (5ª Edição). Loures: Lusodidacta.
- WHO. (2017). Acedido 19-04-2017. Disponível em: http://www.who.int/topics/patient_safety/en/.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades

Semestre	3.º Semestre																							
Ano	2017														2018									
Meses	Setembro	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro				
Dias	22	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	3	8	15	22	29	5	12	19	26	
	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	2	9	16	23	3	
Início do 3.º Semestre													Férias de Natal											
SU																								
4º Encontro de Enfermagem de Emergência e 10ª Jornadas de Enfermagem de Cuidados Intensivos				20 e 21																				
UCIC																								
V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica																		19 e 20						
Relatório de Estágio																								

**Apêndice II – Póster Informativo para as visitas no Serviço de
Observação da Urgência**

INFORMAÇÃO PARA AS VISITAS

- SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO -

HORÁRIO DAS VISITAS NA SALA DE OBSERVAÇÃO E INFORMAÇÕES SOBRE O ESTADO DE SAÚDE DO UTENTE

1º Período: das 12h00m às 12h30m
INFORMAÇÕES JUNTO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

2º Período: das 18h30m às 19h00m
INFORMAÇÕES JUNTO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

PERMITIDA: 1 VISITA POR DOENTE
MÁXIMO DE 10 MINUTOS DE PERMANÊNCIA

Direitos e deveres do acompanhante:

1 — O acompanhante tem direito a ser informado sobre a situação do doente, com as seguintes exceções:

- a) Indicação expressa em contrário do doente;
- b) Matéria reservada por segredo clínico.

2 — O acompanhante deve comportar-se com urbanidade, respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço.

3 — No caso de violação do dever de urbanidade, desobediência ou desrespeito, os serviços podem impedir o acompanhante de permanecer junto do doente e determinar a sua saída do serviço.

**SOLICITA-SE COMPREENSÃO, CASO NÃO SEJA POSSÍVEL CUMPRIR O
HORÁRIO DA VISITA E INFORMAÇÕES**

Não é permitida a utilização de telemóvel

CUMPRA A DESINFECÇÃO DAS MÃOS ANTES E DEPOIS DA SUA VISITA!

**Apêndice III – Relatório do 4º Encontro de Enfermagem de Emergência e
10ª Jornadas de Enfermagem de Cuidados Intensivos**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

7º Curso de Mestrado em Enfermagem na *Área de Especialização Pessoa em
Situação Crítica*

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**RELATÓRIO DO 4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA E
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Nos dias 20 e 21 de outubro de 2017 decorreu o 4º Encontro de Enfermagem de Emergência e as 10ª Jornadas de Enfermagem de Cuidados Intensivos intitulando-se “Doente Crítico ‘17” com enfoque na temática Emergência, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no Pólo Artur Ravares. A frequência deste evento objetivou a obtenção e atualização de conhecimentos, bem como a seleção de “fontes de informação relevantes para a tomada de decisão” (ESEL, Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010, p. 1), no âmbito do projeto de estágio “A comunicação como subsídio para a segurança e qualidade da intervenção terapêutica de enfermagem à pessoa em situação crítica na transição perioperatória”; inserido no 7º curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica, e para a aquisição das competências preconizadas pelo plano de Estudos do curso de Mestrado em Enfermagem (ESEL, 2010), descritores de Dublin para o 2.º ciclo de formação, as competências comuns (Regulamento n.º 122/2011, Diário da República, 2.ª série, 18 de Fevereiro) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 124/2011, Diário da República, 2.ª série, 18 de Fevereiro).

A participação neste evento, que atribuiu destaque para a emergência pré-hospitalar, permitiu a aquisição e atualização de conhecimentos nesta área, e mais concretamente nas temáticas: enfermagem na catástrofe, na triagem, no pré-hospitalar e a técnica ECMO (*Extracorporeal Membrane Oxygenation*).

Uma vez que a enfermagem apresenta nos dias de hoje, uma intervenção ímpar e diferenciada no contexto pré-hospitalar, considero que foi importante a partilha sobre duas experiências que decorreram em Espanha após incidentes com múltiplas vítimas: a Preparação SUMMA 112 em Madrid e a Preparação SEM em Barcelona e que possibilitaram a

identificação de lacunas e desenvolvimento de estratégias para o melhor desempenho dos profissionais de saúde. Nomeadamente, em Barcelona foram identificados aspetos a melhorar, no que concerne a segurança, a comunicação, os procedimentos de atuação, a alimentação de retaguarda e a formação. Relativamente à Preparação SUMMA 112 em Madrid houve necessidade de organização de recursos para otimizar a intervenção para eventos deste cariz. Foi desenvolvida uma aplicação para gestão de crise, que foi integrada em todas as unidades hospitalares públicas e que permite o acesso diário ao número de camas disponíveis para doentes críticos. Destacaram-se ainda os registos em papel, pois os “ataques” informáticos que se têm experienciado ultimamente, impossibilitam o acesso eletrónico e é essencial assegurar que os registos são efetuados para garantir a segurança e permitir a continuidade dos cuidados. Para estas situações desenvolveram um sistema de código de barras que possibilita a identificação das vítimas, diminuição do erro e melhorar a segurança.

De salientar que foi referida a importância de cada unidade hospitalar praticar o seu plano de catástrofe pelo menos uma vez por ano; bem como foi reconhecida que a simulação de cenários de catástrofe deve ter por base recursos reais, de forma a que os profissionais obtenham um treino mais realista e que possam desenvolver “inteligência sanitária”.

Outra temática que foi abordada foi o método de triagem START (*Simple Triage and Rapid Treatment*), que permite com rapidez triar um elevado número de vítimas no local do incidente multivítimas, tendo por base uma linguagem simples e que pretende assegurar que perante um grande número de vítimas a triagem é realizada de uma forma célere. Os discriminadores utilizados nesta triagem são muito básicos: Vítima anda? Ferida? Respira? Frequência respiratória (FR)? Frequência cardíaca (FC)? De acordo com os discriminadores descritos é realizada uma divisão inicial das vítimas em quatro categorias: Prioridade 1 (cor vermelho) – Vítima emergente; Prioridade 2 (cor amarelo) – Vítima grave; Prioridade 3 (cor verde) – Vítima não grave; Morto (cor preto).

No que respeita a resposta hospitalar para intervenção na catástrofe, foi apresentado como está preparado um centro hospitalar nacional para um acontecimento destes. Como tal, dispõe de um gabinete de crise, que é um centro de comando que inclui um grupo de operações, um centro de comunicações e um grupo de logística. São efetuados simulacros e estão disponíveis recursos bem estruturados para situações deste cariz, como trouxas para catástrofe, expansão hospitalar organizada de acordo com o número de vítimas e cartões de ação que auxiliam os profissionais no desempenho da sua atividade.

Os assuntos descritos anteriormente, possibilitaram a obtenção e atualização de conhecimentos que permitem a aquisição de competências no âmbito da dinamização da “resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima” (OE, Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, p.4), relevantes para o desenvolvimento das competências preconizadas no Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC).

Outra temática que foi abordada diz respeito à técnica ECMO. Esta prática é extremamente invasiva, está indicada para doentes com doença potencialmente reversível sem resposta aos tratamentos convencionais, cuja probabilidade de morte > 80 %, é tecnicamente exigente e acarreta custos elevados. O programa ECMO VV (veno-venoso) teve início em janeiro de 2014 e o primeiro doente a usufruir da técnica foi em setembro do mesmo ano no hospital de Santa Marta. O material necessário para o procedimento inclui cânulas (aramadas, revestidas a heparina, de parede fina e grande calibre), bomba centrifugadora rotaflow (durabilidade 15-30 dias, mínima hemólise, sem risco de fuga de sangue), suporte respiratório-pulmonar (permite oxigenação extracorporeal) e suporte respiratório-cardíaco. A complicação mais grave da ECMO é a hemorragia intracerebral.

A aplicação da técnica ECMO em pessoas com paragem cardíaca tem indicação para: doação de órgãos, choque cardiogénico e cuidados pós-reanimação bem-sucedida (E-CPR). Em 2013 a alteração legislativa (Despacho n.º 14341/2013 em Diário da República, 2.ª série – N.º 215 no dia 6 de Novembro de 2013) permitiu a possibilidade de colheita de órgãos para transplantação em dadores em paragem cardiocirculatória não controlada (categorias I e II de Maastricht). Para ser aplicado o programa de transplantação a possíveis dadores em paragem cardiocirculatória, a abordagem a uma PCR refratária (não reverte ao fim de 10 minutos com SAV) no extra-hospitalar deverá respeitar os seguintes critérios (critérios da VMER de um hospital nacional): deverá ser presenciada pela equipa do pré-hospitalar ou apresentar um ritmo diferente de assistolia; idade > 18 e < 65 anos, ausência de comorbidades significativas, após 10 minutos de SAV não há recuperação da circulação espontânea. É essencial garantir o SBV de qualidade para o sucesso da intervenção. Determinada a sua importância, a introdução de compressores automáticos externos (não lesionam o tecido pulmonar) permitiu a garantia de um SBV de qualidade do pré-hospitalar até a unidade hospitalar, *versus* o esforço físico e cansaço humano com consequente deterioração das manobras de SBV. Aquando a chegada à sala de emergência deverá ser confirmado o tempo de manobras de SAV (mínimo 30 minutos); os critérios de declaração de morte, a articulação com equipa da sala de emergência, equipa de

ECMO e coordenação de transplantes; procedimentos de preservação de órgãos abdominais através de ECMO; resultados de exames de *cross match*; contato com recetor; transporte para o bloco operatório.

Outro assunto abordado foi a triagem de Manchester nas unidades hospitalares, cuja finalidade prende-se com a gestão do risco clínico e a atribuição de prioridade. É da responsabilidade do enfermeiro gerir os recursos existentes na urgência, o qual deve efetuá-lo logo na triagem através da correta atribuição de prioridade. A Triagem de Manchester teve início em 1994 em Manchester, mas em Portugal foi implementada em outubro de 2000. É um método de triagem que fornece uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas e não um diagnóstico. A avaliação é baseada de acordo com a queixa apresentada pela pessoa e/ou através dos principais sinais ou sintomas identificados pelo enfermeiro e que a motivou a recorrer ao serviço de urgência. Assim, foram desenvolvidos 50 fluxogramas baseados nas queixas apresentadas, 2 dos quais pretendem dar resposta a situações de catástrofe. A maior dificuldade referida pelo enfermeiro triador é na área da comunicação, uma vez que nem sempre as pessoas conseguem transmitir o que sentem. A atribuição de prioridade é apresentada pela cor da pulseira e que determina o grau de urgência da situação e o tempo limite em que a pessoa deverá ser observada pelo médico.

Outra temática abordada diz respeito ao papel diferenciador do enfermeiro no pré-hospitalar. Foi apresentada a experiência de um enfermeiro incorporado nos bombeiros (Enfermeiro-Bombeiro) e exposta a sua experiência na situação de combate aos fogos que no ano corrente o país enfrentou. Outras experiências apresentadas foram relativas a cenários ímpares em que os enfermeiros desempenham um papel distinto, nomeadamente, em navios cruzeiros, cenários de guerra ou empresas/fábricas em locais sem mais recursos de saúde próximos. A atuação do enfermeiro é distinta neste âmbito, é o responsável pelos cuidados de saúde na maioria das vezes, assume, portanto, o papel de coordenador, onde se destaca a sua capacidade de improvisação e adaptação a cenários onde os recursos disponíveis são escassos.

Relativamente à temática sobre o que é ser enfermeiro especialista em EPSC, foi apresentado que o mesmo é autónomo nas intervenções de SAV e SAV trauma; responsável pelo transporte do doente crítico, liderança e chefia de equipas (SU e UCI); apoio e acompanhamento de familiares em situação crítica; integração de equipas de emergência pré-hospitalar; integração de equipas de emergência intra-hospitalar; supervisão clínica, orientação de estágios e integração de novos elementos no serviço; responsável pela elaboração de planos de emergência; responsável pela formação e investigação na sua área de intervenção;

acompanhamento da visita médica; apoio à sala de emergência; executam o follow-up após alta hospitalar; participam em reuniões de mortalidade; e têm a responsabilidade de auditoria e controlo da qualidade do sistema. Portanto, competências transversais às indicadas pelo CMEPSC.

Em suma, considero que participar neste evento foi gratificante, aprendi e atualizei conhecimentos essenciais para o meu desenvolvimento pessoal, bem como de competências profissionais e académicas, preconizadas para o estudante do CMEPSC.

Referências Bibliográficas

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Lisboa.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Pub. L. No. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, Pub. L. No. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8656-8657

**Apêndice IV – Relatório do V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

7º Curso de Mestrado em Enfermagem na *Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica*

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Relatório do V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Nos dias 19 e 20 de janeiro de 2018 decorreu o V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica – a Partilha da Excelência da Prática Clínica Especializada, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora.

A frequência deste evento objetivou a obtenção e atualização de conhecimentos, bem como a seleção de “fontes de informação relevantes para a tomada de decisão” (ESEL, Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010, p. 1), no âmbito do projeto de estágio “A comunicação como subsídio para a segurança e qualidade da intervenção terapêutica de enfermagem à pessoa em situação crítica na transição perioperatória”; inserido no 7º curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica, e para a aquisição das competências preconizadas pelo plano de Estudos do curso de Mestrado em Enfermagem (ESEL, 2010), descritores de Dublin para o 2.º ciclo de formação, as competências comuns (Regulamento n.º 122/2011, Diário da República, 2.ª série, 18 de Fevereiro) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 124/2011, Diário da República, 2.ª série, 18 de Fevereiro).

Participei no Workshop de “Técnicas Dialíticas (Diálise e Diálise Peritoneal) no seu Contexto Prático”.

Foi apresentada em mesa redonda a temática: “Comunicação de Más Notícias na Prática Especializada”. Foi exposta uma perspetiva histórica do dador em morte cerebral e abordadas as provas de morte cerebral e referido que a falta de esclarecimento gera angústia na família. Foi explanado o tema “Doente Paliativo e Família: Gestão de Expectativas”, em que foram mencionadas que as necessidades

dos familiares cuidadores são de ordem física, financeira e social e, portanto, as estratégias a delinear na intervenção devem de ter como ponto de partida as experiências e expectativas dos mesmos. Nesta palestra colocou-se a questão do doente crítico nos cuidados paliativos, uma vez que há um descontrolo sintomático, com presença de dor e desconforto físico, psicossocial e espiritual. O objetivo central dos cuidados paliativos é prevenir e aliviar o sofrimento, e assentam em quatro pilares: o trabalho em equipa, o apoio à família; a comunicação e o apoio sintomático. A comunicação efetiva emergiu neste tema, uma vez que cabe ao enfermeiro informar a família, gerir as expectativas da mesma e implica competência, treino e formação. O enfermeiro tem uma posição privilegiada neste âmbito. Foi abordada também a temática “Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência” em situação de morte inesperada e aferida a relevância da presença de um gabinete de informações neste serviço, de forma a proporcionar um ambiente mais apropriado e a privacidade necessária. Foi apresentado o Protocolo de Buckman e a respetiva sigla SPIKES para a comunicação de más notícias.

Foi exposto o projeto “Beja +”, que abrange os cuidados paliativos na comunidade, oferecendo cuidados antecipatórios, através de uma referenciação precoce, com fácil acesso a cuidados especializados, do foro paliativo.

Outros projetos foram apresentados como: “Acompanhamento de doentes com insuficiência cardíaca”; “Enfermagem Perioperatória”; “Transporte aéreo do doente crítico na região autónoma dos Açores” e “Monitorização da Dor como 5º Sinal Vital no Contexto da Prática Especializada num Centro Multidisciplinar de Dor”. Deste último projeto foi referida a intervenção especializada de enfermagem no âmbito de uma reflexão sobre a prática, uma fundamentação das ações, de valorização de competências, de promoção de uma nova atitude na equipa de enfermagem e obviamente resultando na melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica.

Apresentei três pósteres que foram realizados em parceria com colegas do 7º CMEPSC; com uma colega Mestre em Enfermagem na Área de Especialização PSC; e com uma Professora Doutora; que se apresentam em Apêndice (Apêndice IVa – Póster “Da Aprendizagem à Competência Clínica do Enfermeiro Especialista: A Utilização do Pensamento Crítico e Reflexivo no Quotidiano”; Apêndice IVb – Póster “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: Subsídio

para a Qualidade dos Cuidados”; Apêndice IVc – Póster “Registos de Enfermagem: Um Caminho para a Certificação da Qualidade da Intervenção Especializada”).

Participar neste evento foi gratificante, aprendi e atualizei conhecimentos essenciais para o meu desenvolvimento pessoal, bem como de competências profissionais e académicas, preconizadas para o estudante do CMEPSC.

Referências Bibliográficas

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Lisboa.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Pub. L. No. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, Pub. L. No. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8656-8657

Apêndice IVa – Póster “Da Aprendizagem à Competência Clínica do Enfermeiro Especialista: A Utilização do Pensamento Crítico e Reflexivo no Quotidiano”

DA APRENDIZAGEM À COMPETÊNCIA CLÍNICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA: A UTILIZAÇÃO DO PENSAMENTO CRÍTICO E REFLEXIVO NO QUOTIDIANO

M, Tagaio *; S, Ferreira **; A, Mendes ***

*RN, MNSc -Nursing Student, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] **MNSc, RN ***PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL; UI&DE

1 INTRODUÇÃO

No processo de desenvolvimento de competências, o enfermeiro percorre, de acordo com Benner (2001), cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. No âmbito da intervenção especializada de Enfermagem, Benner (2001, p.14) assume que "a reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico". Importa assim, aferir o contributo da utilização do pensamento crítico e reflexivo.

2 OBJETIVO

Identificar no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista o subsídio do pensamento crítico e reflexivo no processo de desenvolvimento da competência clínica.

3 METODOLOGIA

Protocolo de pesquisa, definição de questão de investigação; critérios de inclusão e exclusão

Pesquisa em base de dados (CINAHL® e Medline®) e literatura cinzenta

Seleção e extração de informação e avaliação e análise de resultados



De que forma o pensamento crítico e reflexivo poderá subsidiar o processo de desenvolvimento da competência clínica do enfermeiro especialista?

Palavras-chave: Clinical Nurse specialists, Critical thinking, Nursing skills, Clinical competence

4 RESULTADOS

PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A perícia evolui quando se "testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real" (Benner, 2001, p.32)

O exercício reflexivo

"emerge no presente, da leitura do passado, para construção do futuro. Permite-se, que o saber experienciado e construído, sustente cautelosamente o futuro e o seu entendimento" (Mendes, 2016, p.3)

Nos jornais de aprendizagem

Na e sobre a prática

Na reunião com peritos

Integra-se "nos sistemas de saúde para melhorar os resultados nos pacientes, no pessoal e na própria organização" (M. del Barrio-Linares, 2014, p.52)

Elevada experiência, compreensão de forma intuitiva de cada situação e capacidade notável de intervenção, competência, julgamento clínico, com sugestões clínicas e gestão de situações complexas. (Benner, 2001)

ENFERMEIRO ESPECIALISTA

"devido à sua competência como agente de mudança e líder transformador" (M. del Barrio-Linares, 2014, p.52)

Revelando "em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais" (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.9)

"conhecimento avançado, experiência, pensamento crítico, investigação clínica e julgamento clínico para desenvolver um plano de cuidados" ("The Pillars of CNS Practice", 2014)

5 CONCLUSÕES / RECOMENDAÇÕES

O exercício reflexivo subsidia a competência clínica porque possibilita a compreensão detalhada e sustentada das situações e permite que a intervenção terapêutica seja em conformidade. A aprendizagem que daí decorre revela-se no agir quotidiano do enfermeiro especialista e distingue-o pela excelência.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Benner, P. (2001). De iniciado a perito (1ª edição). Coimbra: Quarteto.
- (2) Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. Revista Electrónica Educare (Educare Electronic Journal), 20(1), 1–23.
- (3) del Barrio-Linares, M. (2014). Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. Enfermería Intensiva, 25(2), 52–57. doi:10.1016/j.enfi.2013.11.005
- (4) The Pillars of CNS Practice. (2014). Canadian Nurse, 110(7), 32–35.
- (5) Ordem dos Enfermeiros. (2011). Procede à publicação do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República 2.a Série, N.º 35 (18/02/2011), 8648–8653.

**Apêndice IVb – Póster “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica: Subsídio para a Qualidade dos Cuidados”**

INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: SUBSÍDIO PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS

M, Tagaio *; S, Ferreira **; A, Mendes ***

*RN, MNSc -Nursing Student, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] **MNSc, RN ***PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL; UI&DE

1 INTRODUÇÃO

A intervenção especializada de Enfermagem junto da Pessoa em Situação Crítica [PSC] compreende cuidados altamente qualificados, quando uma ou mais funções vitais estão em risco imediato ⁽¹⁾. Qualidade em Saúde requer uma “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo”, considerando os recursos disponíveis, adequando os cuidados, obtendo a adesão e satisfação do cliente ⁽²⁾. Assim, importa aferir o papel do Enfermeiro Especialista na promoção da qualidade dos cuidados.

2 OBJETIVO

Identificar no domínio da intervenção do Enfermeiro Especialista o subsídio para a melhoria da qualidade dos cuidados à PSC.

4 RESULTADOS

3 METODOLOGIA

Elaboração de protocolo de pesquisa, definição de questão de investigação e critérios de inclusão e exclusão

Pesquisa em base de dados (CINAHL® e Medline®) e literatura cinzenta

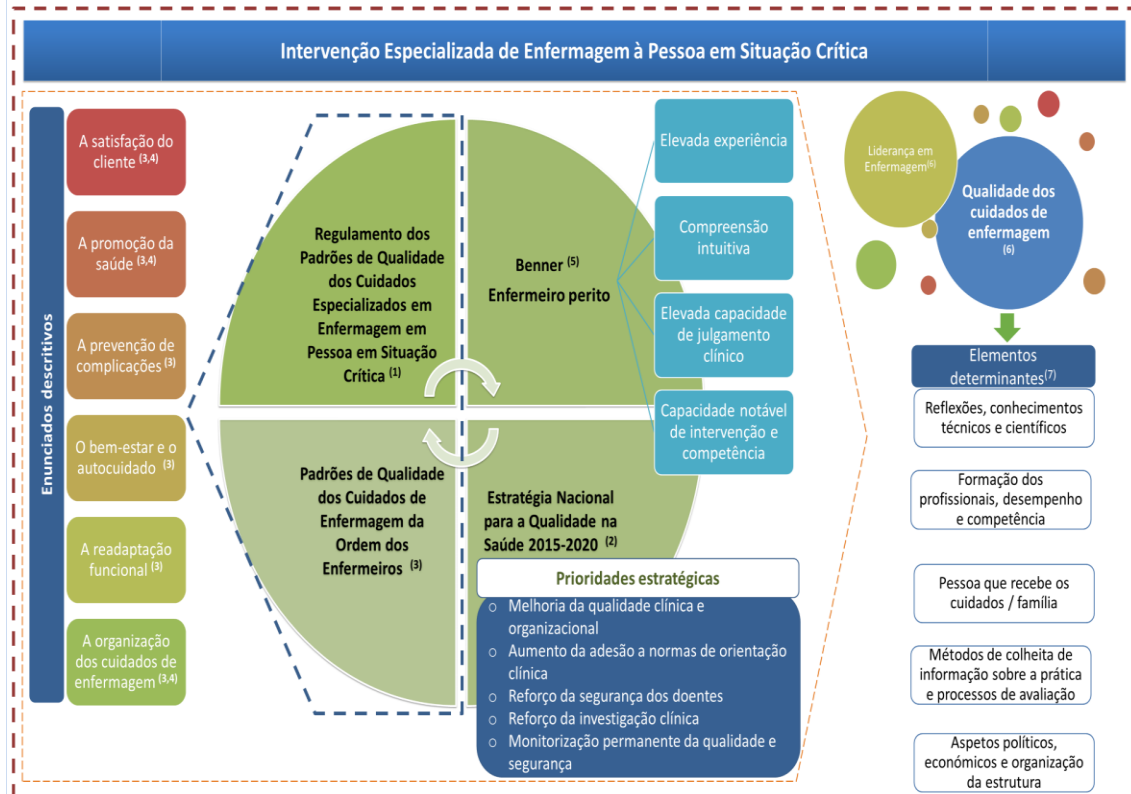
Seleção e extração de informação e avaliação e análise de resultados



Palavras-chave: Quality of health care, Critical care, Nursing care, Nurse specialists

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:

De que forma a intervenção especializada de Enfermagem poderá subsidiar a qualidade dos cuidados prestados à PSC?



5 CONCLUSÕES/RECOMENDAÇÕES

Verifica-se que sólidos padrões estão definidos para a excelência no cuidado especializado de enfermagem à PSC. Os enfermeiros são agentes que afetam diretamente a qualidade dos cuidados de saúde ⁽⁶⁾, que se eleva com a intervenção do enfermeiro especialista, detentor de distinta capacidade reflexiva, julgamento clínico e competência ⁽⁵⁾. Dos resultados obtidos destaca-se também a influência do enfermeiro líder na garantia da prestação de cuidados de qualidade ⁽⁶⁾. A qualidade na saúde constitui-se uma linha em permanente evolução e é inerente a fatores de Estrutura, Processo e Resultados ⁽⁷⁾.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ordem dos Enfermeiros. Procedimento de publicação do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2015). Portugal.
- (2) Despacho n.º 5613/2015 de 27 de Maio (2015). Procedimento de publicação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Ministério da Saúde. Diário da República Nº 45 (27-05-2015), 13550-13553
- (3) Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa (PT): Divulgar, 24.
- (4) Tsiachristas, A., Wallenburg, I., Bond, C. M., Elliot, R. F., Busse, R., van Ewel, J., & ... de Bont, A. (2015). Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. Health Policy (Amsterdam, Netherlands), 119(9), 1176-1187. doi:10.1016/j.healthpol.2015.04.001
- (5) Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora.
- (6) de Jesus Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Revista De Enfermagem Referência, 1(0), 45-53. doi:10.12707/R1112133
- (7) Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital - Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência.

**Apêndice IVc – Póster “Registos de Enfermagem:
Um Caminho para a Certificação da Qualidade da Intervenção Especializada”**

REGISTOS DE ENFERMAGEM: UM CAMINHO PARA A CERTIFICAÇÃO DA QUALIDADE DA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA

M, Tagaio *; F, Guerra *; A, Henriques *; A, Mendes **

*RN, MNSc -Nursing Student, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] **PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL; UI&DE

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem são evidenciados pelo seu registo e documentação profícuos e permitem a comunicação efetiva da condição e evolução clínica do cliente, bem como rentabilização de tempo da equipa multidisciplinar (Riley, 2004). A qualidade em saúde considera os recursos disponíveis e adequa os cuidados, consegue a adesão e satisfação do cliente e "exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que são os alicerces da qualidade em saúde" (Despacho n.º 5613/2015, p.13551). As "competências do domínio da melhoria contínua da qualidade" são inerentes ao enfermeiro especialista. Assim, emerge a necessidade de perceber como é que os registos de enfermagem poderão subsidiar a qualidade da intervenção especializada.

2 OBJETIVO

Identificar de que forma os registos de enfermagem poderão contribuir para a qualidade dos cuidados especializados.

Palavras-chave

Nursing records, quality of health care, accreditation, clinical nurse specialists

3 METODOLOGIA

1. Elaboração de protocolo de pesquisa, definição de questão de investigação, critérios de inclusão e exclusão

2. Pesquisa em base de dados (CINAHL® e Medline®) e literatura cinzenta

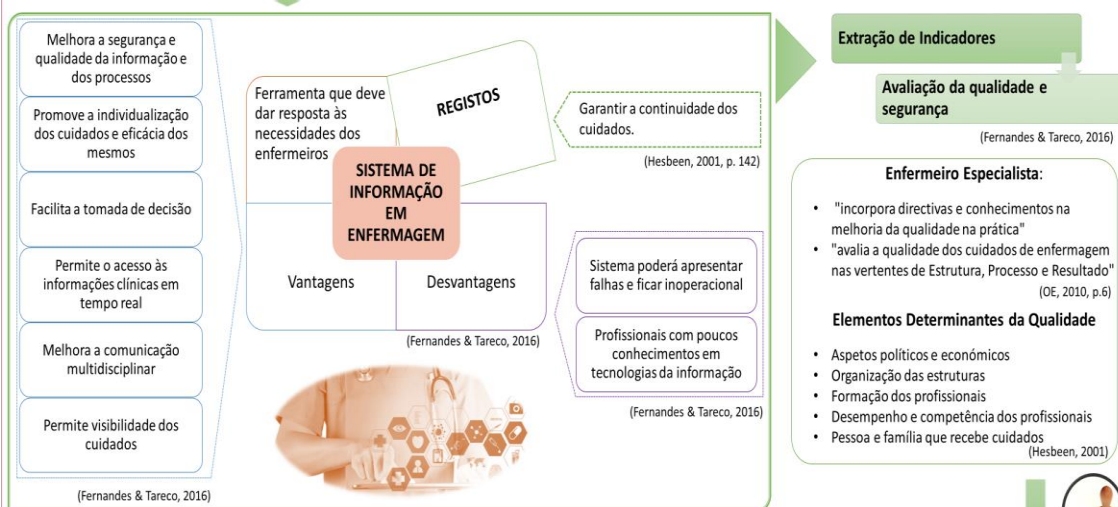
3. Seleção e extração de informação, avaliação e análise dos resultados

Questão de Investigação

Como é que os registos de enfermagem poderão contribuir para a qualidade dos cuidados especializados?

4 RESULTADOS

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO



"A QUALIDADE DOS CUIDADOS É FRUTO DE UMA INTENÇÃO, A QUE PERMITE PENSAR E AGIR NUMA PERSPECTIVA CENTRADA NO CUIDAR" (Hesbeen, 2001, p. 178)

CERTIFICAÇÃO

5 CONCLUSÃO

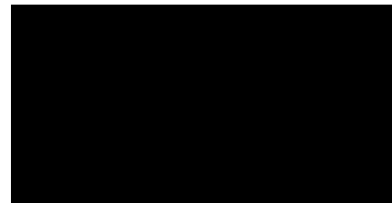
Identificou-se que os registos de enfermagem tornam visível a profissão, reforçam a autonomia e responsabilidade profissional contribuindo para uma prática clínica segura e de qualidade. Os indicadores que emergem dos mesmos possibilitam a análise e avaliação dos cuidados prestados e a certificação (Fernandes & Tareco, 2016). A intervenção especializada de enfermagem revela-se também através do seu registo fidedigno, mas também pela responsabilidade que possui de colaborar "na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade" (OE, 2010, p.6) e efetuar "a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional" (OE, 2010, p.6).

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Riley, J. B. (2004). Comunicação em enfermagem. Loures: Lusociência.
- (2) Despacho n.º 5613/2015 de 27 de Maio (2015). Procede à publicação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. Ministério da Saúde. Diário Da República N.º 45 (27-05-2015),13550-13553
- (3) Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento Das Competências Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- (4) Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. RISTI (Revista Ibérica De Sistemas E Tecnologias De Informação), (19), 32. doi:10.17013/risti.19.32-45
- (5) Hesbeen, W. (2001). *Qualidade Em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Apêndice V – Sessão de Formação na UCIC
“Transição Segura de Cuidados”

Apêndice Va – Divulgação da Sessão de Formação



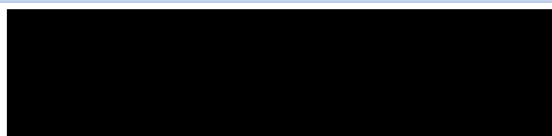
Formação:

Transição Segura de Cuidados

Data e Hora:

• 02/02/2018 das 9h às 9h30

Local:



Destinatários:

• Enfermeiros

Finalidade

Incorporar a relevância da transição segura de cuidados para a segurança da pessoa e continuidade de cuidados.

Preletora:

Enf.ª Marina Tagaio*

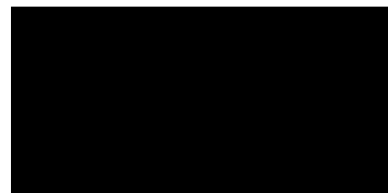
Professora Orientadora:

Anabela Mendes

Orientador Clínico:



Para questões relacionadas com a formação poderá contactar o seguinte e-mail:
marinasilva@campus.esel.pt



Formação:

Transição Segura de Cuidados

Data e Hora:

• 06/02/2018 das 9h às 9h30

Local:



Destinatários:

• Enfermeiros

Finalidade

Incorporar a relevância da transição segura de cuidados para a segurança da pessoa e continuidade de cuidados.

Preletora:

Enf.ª Marina Tagaio *

Professora Orientadora:

Anabela Mendes

Orientador Clínico:



Para questões relacionadas com a formação poderá contactar o seguinte e-mail:
marinasilva@campus.esel.pt

Apêndice Vb – Plano da Sessão de Formação

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

1. Identificação da ação

Tema: **Transição Segura de Cuidados**

Data: 02 de fevereiro de 2018, às 09h00.

Duração: 30 minutos.

Local:

– Cent

Destinatários: Enfermeiros

Formador: Marina Silva Tagaio

2. Finalidade:

- Incorporar a relevância da transição segura de cuidados para a segurança da pessoa e continuidade de cuidados.

3. Objetivos:

- Apresentar à equipa uma proposta de melhoria para a prática de cuidados.
- Sensibilizar a equipa para a importância de uma transição segura de cuidados e comunicação eficaz para a continuidade de cuidados e segurança dos cuidados.
- Clarificar sobre a ferramenta de transição de cuidados ISBAR.

4. Recursos didáticos/material:

- Computador;
- Videoprojetor;
- Papel;
- Caneta.

5. Sumário da sessão:

Marina Silva Tagaio – Estudante de Mestrado na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Professora Orientadora: Anabela Mendes

Orientador Clínico:

- Introdução
 - Proposta de melhoria para o serviço
 - Finalidade e Objetivos
 - Pertinência
- Fundamentação
 - Despacho n.º 2783/2013 Diário da República, 2.ª série — N.º 36 — 20 de fevereiro de 2013
 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020
 - Norma 001/2017 da Direção-Geral da Saúde – Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde
 - Evidência Científica obtida na Revisão Integrativa da Literatura
- Sistemas de Informação em Enfermagem
 - B-Simple ICU Care[®]
- Síntese
- Referências Bibliográficas

6. Metodologia:

Expositivo conciliado com o método interrogativo.

7. Avaliação:

Avaliação Diagnóstica: Formulação de questões orais sobre o conhecimento da transição segura de cuidados e da ferramenta ISBAR.

Avaliação Formativa: Formulação de questões orais sobre a importância de uma comunicação eficaz para assegurar a continuidade de cuidados de enfermagem de forma segura.

Conteúdos	Metodologia	Recursos Didáticos/Materiais	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Proposta de melhoria para o serviço • Finalidade e Objetivos • Pertinência 	Método expositivo/interrogativo	Videoprojector Computador	5 min
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Fundamentação • Despacho n.º 2783/2013 Diário da República, 2.ª série — N.º 36 — 20 de fevereiro de 2013 • Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 • Norma 001/2017 da Direção-Geral da Saúde – Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde • Evidência Científica obtida na Revisão Integrativa da Literatura • Sistemas de Informação em Enfermagem • B-Simple ICU Care[®] 	Método expositivo	Videoprojector Computador	15 min
Conclusão <ul style="list-style-type: none"> • Síntese • Esclarecimento de Questões • Questionário de avaliação da sessão 	Método expositivo/Ativo	Videoprojector Computador Papel Caneta	10 min

Marina Silva Tagaio – Estudante de Mestrado na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
 Professora Orientadora: Anabela Mendes
 Orientador Clínico: [REDACTED]

Apêndice Vc – Diapositivos da Sessão de Formação

Autor:
Sr.ª Enf.ª Marina Silva Tagalo


Professora Orientadora:
Anabela Mendes

Janeiro, 2018.

Transição Segura de Cuidados

Unidade de Cuidados
Intensivos Cirúrgicos

Sumário

- Introdução
 - Proposta de melhoria para o serviço
 - Finalidade e Objetivos
 - Pertinência
- Fundamentação
 - Despacho n.º 2783/2013 Diário da República, 2.ª série — N.º 36 — 20 de fevereiro de 2013
 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020
 - Norma 001/2017 da Direção-Geral da Saúde – Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde
 - Evidência Científica obtida na Revisão Integrativa da Literatura
- Sistemas de Informação em Enfermagem
 - B-Simple ICU Care ®  B-ICU.Care
- Síntese
- Referências Bibliográficas

Introdução



Diagnóstico de situação:
Potencial melhoria no
serviço



Nota de Alta
de
Enfermagem

Reunião com
Sr. Enf.º Orientador
e Sr.º Enf.º Chefe

Neste momento:

- Realizada em texto livre
- Cada enfermeiro organiza conforme lhe parece mais pertinente

Proposta:

- Padronizar de acordo com Norma 001/2017 da DGS – Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde (ISBAR)

Finalidade

- Incorporar a relevância da transição segura de cuidados para a segurança da pessoa e continuidade de cuidados.

Objetivos

- Apresentar à equipa uma proposta de melhoria para a prática de cuidados.
- Sensibilizar a equipa para a importância de uma transição segura de cuidados e comunicação eficaz.
- Clarificar sobre a ferramenta de transição de cuidados ISBAR.

Pertinência



A **transferência de cuidados de saúde** é uma das **atividades mais frequentes realizada pelos enfermeiros**, seja devido à mudança de turno, transferência de doentes entre unidades ou interrupções no trabalho.

(Iedema et al., 2016)

Pertinência



70 % dos eventos adversos na saúde sucedem devido a **falhas de comunicação entre profissionais de saúde**, durante os períodos de transição de cuidados do doente.



A **comunicação eficaz** na transição dos cuidados de saúde é indispensável para a **melhoria da segurança do doente**.

(DGS, 2017)

Marina Silva Tagalo – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Marina Silva Tagaia – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Fundamentação

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

2º OBJETIVO ESTRATÉGICO

AUMENTAR A SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO

A comunicação é um pilar fundamental para a segurança do doente, especialmente quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as mudanças de turno e as transferências ou altas dos doentes

As instituições de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado.

Fundamentação

Norma da Direção-Geral da Saúde 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde



A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR¹.

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dq@dgpc.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite, na área da qualidade organizacional, a seguinte:

NORMA

1. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR¹.

Norma 001/2017 da Direção-Geral da Saúde

Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

I Identificação

- Identificação e localização dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação

S Situação Atual/Causa

- Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde (o que se passa e quando iniciou)

B Antecedentes/ Anamnese

- Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade

A Avaliação

- Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas

R Recomendações

- Descrição das atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente

(DGS, 2017, p.8)

Marina Silva Tagaia – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Fundamentação

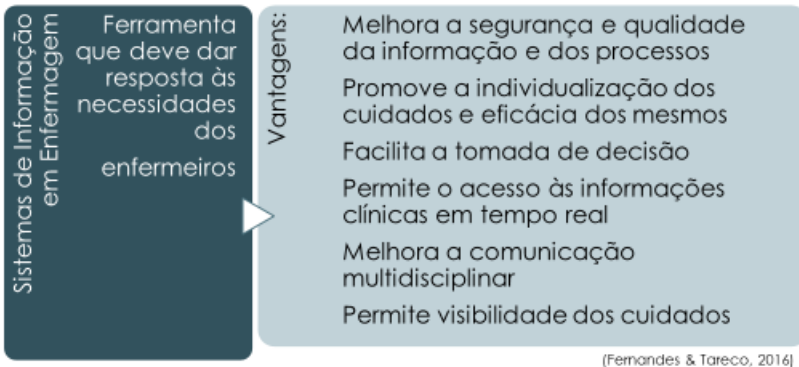
Evidência Científica obtida na Revisão Integrativa da Literatura:
"A comunicação para a segurança da pessoa em situação crítica"

Ferramenta de transição de cuidados pretende:

- Padronizar a comunicação (Iedema et al., 2016)
- Permitir uma sinalização fácil de informações importantes (Abraham et al., 2016)
- Fornecer suporte para várias fases do processo de transição (Abraham et al., 2016)
- Facilitar a prestação de cuidados de enfermagem e fomentar a segurança (Abraham et al., 2016)
- Incrementar a cultura de segurança da unidade (Basuni et al., 2015)

Marina Silva Tagaia – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

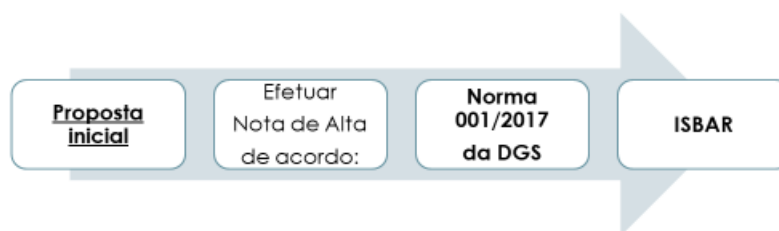
Sistemas de Informação



Nota de Alta de Enfermagem

- A documentação para a transferência deve, idealmente, fazer parte do registo diário do doente

(Sri, 2012)



Nota de Alta de Enfermagem:



• Dados do doente: IDENTIFICAÇÃO

- Nome completo, data de nascimento, género, nacionalidade e país de residência habitual do doente
- Serviço de origem/destino
- Nome e função do profissional de saúde, endereço profissional de correio eletrónico e nº de cédula profissional

(DGS, 2017,p.8)

Marina Silva Tagaia – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Nota de Alta de Enfermagem:



• Resumo: AVALIAÇÃO INICIAL

• Internamento: REGISTO DE ADMISSÃO

- Data e hora de admissão
- Descrição da razão de necessidade de cuidados de saúde
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou a realizar

(DGS, 2017,p.8)

Marina Silva Tagaia – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Nota de Alta de Enfermagem:



- **Dados do doente: ANTECEDENTES e ALERGIAS**
- **Internamento: AVALIAÇÃO INICIAL**

- Antecedentes clínicos
- Níveis de dependência
- Alergias
- Hábitos relevantes
- Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma
- Identificação da situação social e da capacitação do cuidador

(DGS, 2017,p.8)

Marina Silva Tagaia – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Nota de Alta de Enfermagem:



- **Resumo: ESTADO ATUAL, FOLHA DE REGISTOS**
- **Internamento: ETIQUETAS**

- Diagnósticos e intervenções ativas
- Técnicas invasivas realizadas (ex. EOT, CVC, LA, SNG, algaliação, drenos – duração)
- Presença ou risco de infeção associada aos cuidados de saúde (ex. resultados de culturas) e medidas a implementar
- Terapêutica farmacológica e não-farmacológica instituída (ex. sedação, analgesia – duração)
- Feridas e Úlceras de Pressão – tratamento e evolução
- Alterações do estado de saúde significativas e avaliação das medidas implementadas (ex. evolução do Glasgow Score, pupilas)

(DGS, 2017,p.8)

Marina Silva Tagaia – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Nota de Alta de Enfermagem:



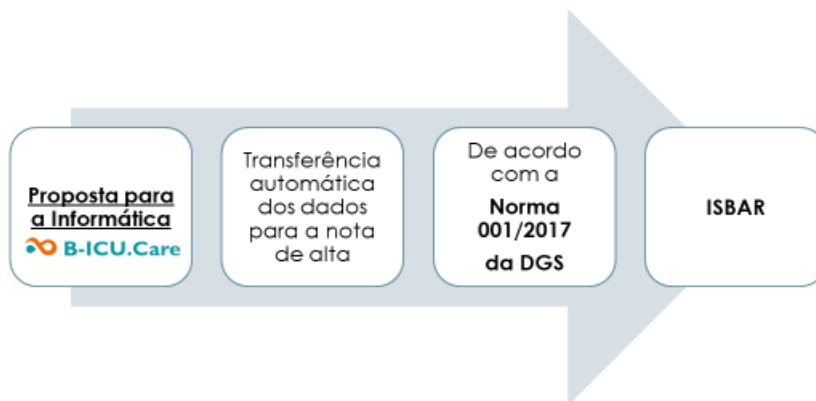
- Indicação do plano de continuidade de cuidados
- Informação sobre consultas e exames complementares de diagnóstico agendados
- Identificação de necessidades do cuidador informal.

(DGS, 2017, p.8)

Mafalda Silva Tagaia – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

FERRAMENTA	EXEMPLO
I	Sr. XX, data de nascimento XX/XX/XXXX, masculino, nacionalidade ... Pessoa significativa [Ass. Enf. MS (UCIC HSF) _email_@_ _cédula nº... Transferência para...]
S	Sr. XX recorreu ao SU no dia ... às ... horas, do hospital ... por quadro de ... Motivo pelo qual realizou exames... técnicas invasivas... e medicação.... Por necessidade de.... Foi admitido na UCIC no dia ... às ... horas. Apresentava-se... (avaliação neurológica, hemodinâmica, medicação instituída, presença de cateteres, feridas...)
B	Tem antecedentes pessoais... alergias... hábitos... terapêutica do domicílio... Religião... Diretiva Antecipada de Vontade... Previamente à situação descrita... autónomo? necessitava de ajuda? Vive com... qual é a sua situação social? Quais as suas capacidades?
A	Durante o internamento... evolução clínica... medidas instituídas... resultados obtidos... (GCS... pupilas... parâmetros vitais... terapêutica medicamentosa e não medicamentosa... pensos... UP... drenagens...) À data de alta tem os focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas....
R	Plano de cuidados... consultas e exames agendados... identificação de necessidades do cuidador informal.

Nota de Alta de Enfermagem



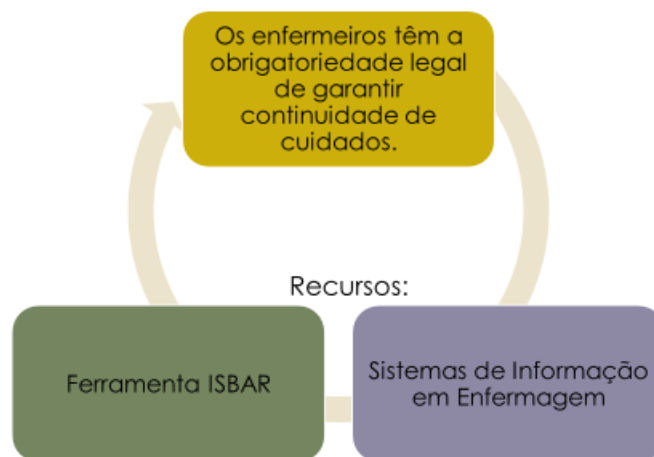
Maria Silva Tagalo – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Síntese



Maria Silva Tagalo – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Síntese



Marina Silva Tagalo – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Referências Bibliográficas

- Abraham, J., Kannampallil, T., Brenner, C., López, K. D., Almoosa, K. F., Patel, B., & Patel, V. L. (2016). Characterizing the structure and content of nurse handoffs: A Sequential Conversational Analysis approach. *Journal Of Biomedical Informatics*, 5976-88. doi:10.1016/j.jbi.2015.11.009
- Basuni, E. M., & Bayoumi, M. M. (2015). Improvement critical care patient safety: using nursing staff development strategies, at Saudi Arabia. *Global Journal Of Health Science*, 7(2), 335-343. doi:10.5539/gjhs.v7n2p335
- Despacho n.º 2783/2013. Diário da República, 2.ª série — N.º 36 — 20 de fevereiro de 2013. 6908-6909.
- Direção-Geral da Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017.
- Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. *RISTI (Revista Ibérica De Sistemas E Tecnologias De Informação)*, (19), 32. doi:10.17013/risti.19.32-45
- Iedema, R., & Merrick, E. (2014). Analysing teamwork in health care: What matters when clinicians negotiate the continuity of clinical tasks and care responsibilities?. *Communication & Medicine [Equinox Publishing Group]*, 13(1), 85-97 doi:10.1558/cam.18429
- Ministério da Saúde. Procede à publicação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Pub. L. No. Despacho no 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro de 2015. Portugal: Diário da República. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Sti, D. (2012). A telephone survey of intensive care unit handover practices in the UK. *Intensive Care Medicine*, 38(12), 2080. doi:10.1007/s00134-012-2668-z

Marina Silva Tagalo – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Obrigada pela presença

QUESTÕES



Marina Silva Tagaio – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Autor:
Sr.ª Enf.ª Marina Silva Tagaio

Professora Orientadora:
Anabela Mendes

Janeiro, 2018.

Transição
Segura de
Cuidados

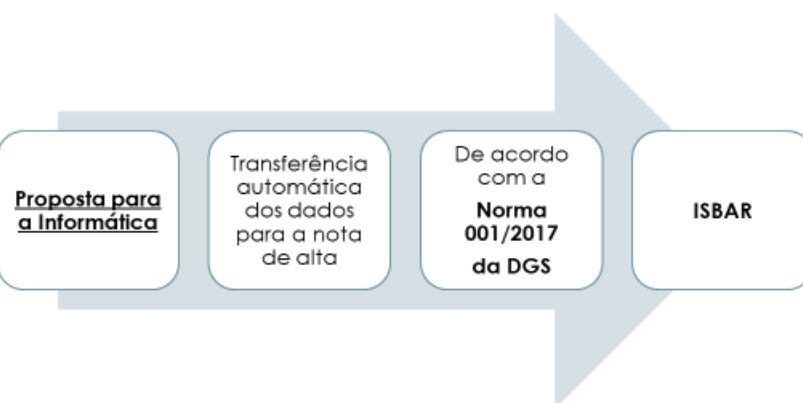
Unidade de Cuidados
Intensivos Cirúrgicos

Anexo

Proposta para alteração no
Sistema de Informação em Enfermagem:

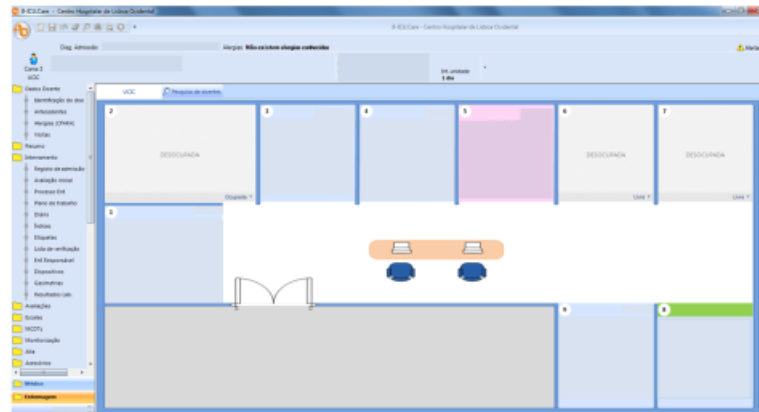


Nota de Alta de Enfermagem



Sistema de Informação

B-ICU.Care



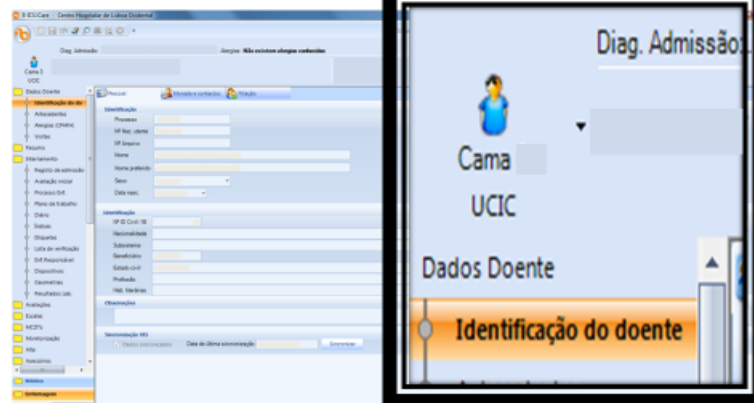
Morina Silva Tagaia – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Sistema de Informação

B-ICU.Care

Dados do doente: IDENTIFICAÇÃO

- | - SBAR

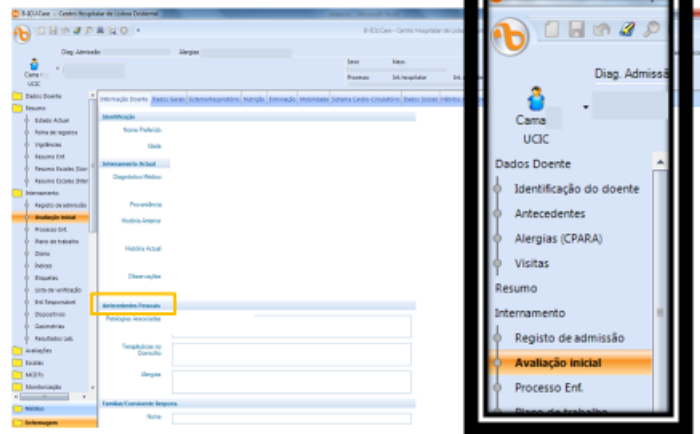


Morina Silva Tagaia – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Sistema de Informação

B-ICU.Care

Resumo: AVALIAÇÃO INICIAL



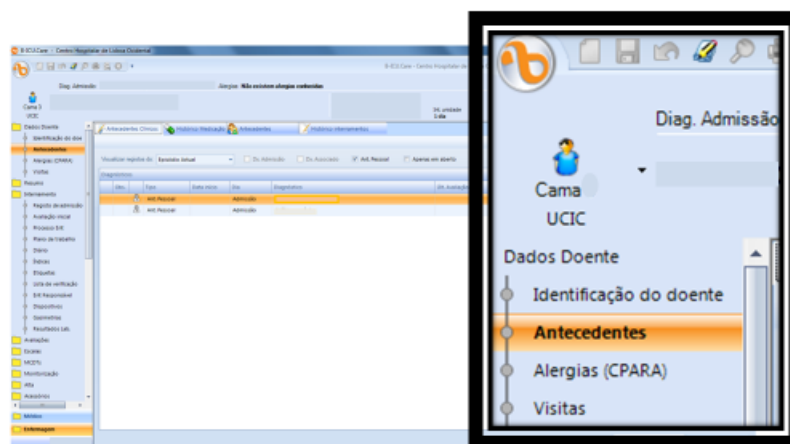
Marina Silva Tagaio – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Sistema de Informação

B-ICU.Care

Dados do doente: ANTECEDENTES

IS – B – AR



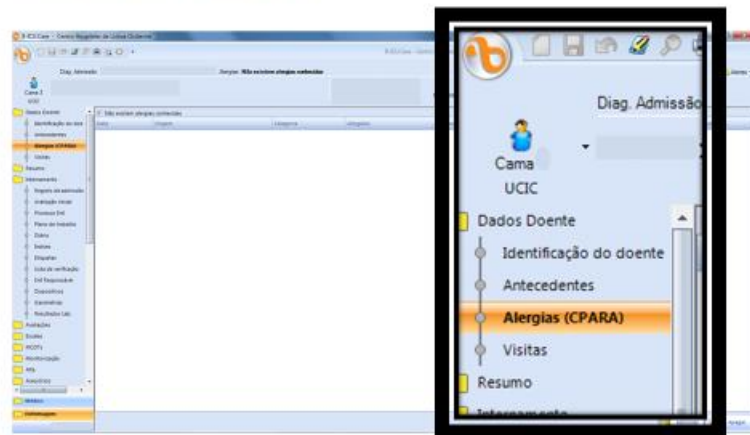
Marina Silva Tagaio – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Sistema de Informação

B-ICU.Care

Dados do doente: ALERGIAS

IS – B – AR



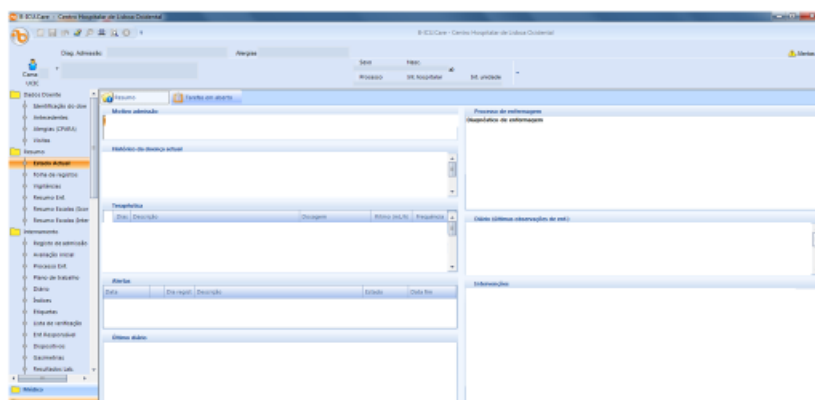
Marina Silva Tagalo – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Sistema de Informação

B-ICU.Care

Resumo: FOLHA DE REGISTOS

ISB – A – R



Marina Silva Tagalo – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Sistema de Informação

B-ICU.Care

Resumo: FOLHA DE REGISTOS

ISB – A – R



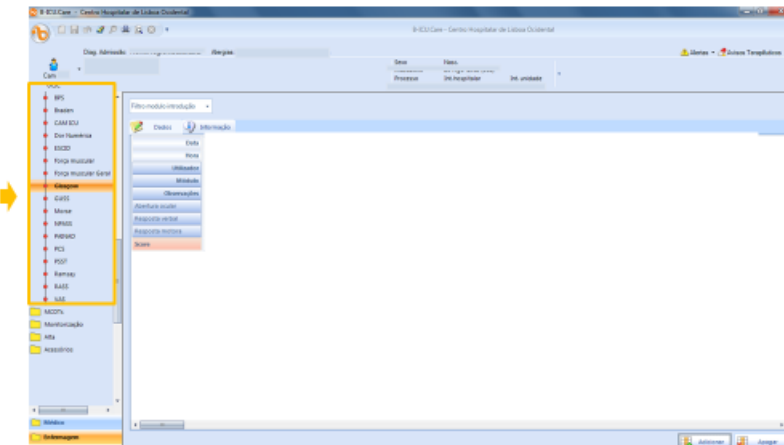
Marina Silva Tagalo – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Sistema de Informação

B-ICU.Care

Resumo: FOLHA DE REGISTOS

ISB – A – R

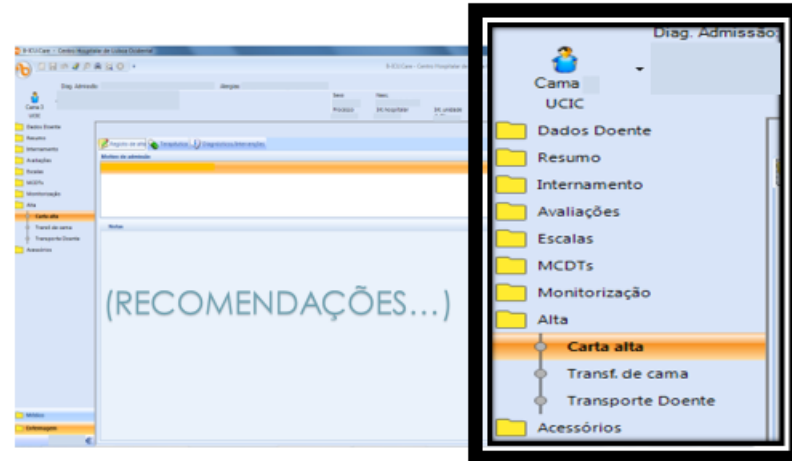


Marina Silva Tagalo – Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC

Sistema de Informação

B-ICU.Care
Alta: Carta de Alta

ISBA – R -



Apêndice Vd – Impresso: Mapa de Presenças



Mapa de Presenças

Formação: Transição Segura de Cuidados

Sessão nº _____

Local da formação:

Data _____ Início 9:00 Fim 9:30 Duração 0:30
(DD/MM/AAAA) (HH:mm) (HH:mm) (HH:mm)

Formador: Marina Sofia Mendes Silva Tagaio

Nº	Nome do formando	Nº Mec.	Rubrica	Serviço/ Unidade Funcional
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Formador:

Orientador Clínico:

Professor Orientador:

Ass.

Ass.

Ass.

Apêndice Ve – Impresso: Avaliação da Formação

Avaliação da Formação

Formação: **Transição Segura de Cuidados**

Data:

Formador: Marina Silva Tagaio

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que:

1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; 4 - Concordo Totalmente.

Apreciação Global:

	1	2	3	4
Os objetivos da formação foram claros				
Os conteúdos foram adequados aos objetivos				
A duração da sessão foi adequada				
O relacionamento entre os participantes foi positivo				
As instalações e os meios audiovisuais foram adequados				

Avaliação do Impacto da Formação:

	1	2	3	4
A sessão permitiu adquirir novos conhecimentos				
O conteúdo da sessão é útil para o exercício das minhas funções				
A duração da sessão foi adequada				
O relacionamento entre os participantes foi positivo				
As instalações e os meios audiovisuais foram adequados				

Avaliação do Formador:

	1	2	3	4
O formador revelou dominar o assunto				
A metodologia utilizada foi adequada				
A exposição dos assuntos foi clara				
A relação estabelecida com os formandos foi positiva				

Sugestões/Críticas

--

Muito obrigada!

Marina